

# **FACTORS SOCIALS ASSOCIATS A L'ÚS DELS RECURSOS SOCIOSANITARIS EN PACIENTS GERIÀTRICS: UN ESTUDI DES DEL TREBALL SOCIAL SANITARI**

**Màster en Treball Social Sanitari**

**Autora: Elisabet Hernández del Arco**

**Director del Treball Final de Màster: Valentí Calvo Rojas**

**Curs: 2015-2016**

Factors socials associats a l'ús dels recursos socio-sanitaris en pacients geriàtrics:  
un estudi des del Treball Social Sanitari.  
Màster en Treball Social Sanitari. UOC. Elisabet Hernández del Arco

---

## **AGRAÏMENTS**

Al Valentí Calvo Rojas, tutor de l'estudi pel seu suport, les orientacions i els ànims.

A la Dolors Colom i Masfrets, directora del Màster en Treball Social Sanitari pel seu recolzament i comprensió.

A la direcció de l'Hospital de Sant Andreu, per facilitar la realització del Màster i la logística de l'estudi.

Al departament d'administració de l'Hospital de Sant Andreu, per la seva col·laboració en l'extracció de dades.

Al Jordi Benítez, Asun Fernández i Marisa Peña, treballadors socials i companys de feina, pel seu recolzament i suport incondicional sempre.

Als meus pares, Marisol i Antonio, als meus tiets, Anna i Serafí, a l'àvia, i als amics, pels seus ànims i positivisme. A tots ells agraïda per la seva comprensió, acompanyament i estimació mostrat al llarg d'aquest projecte i sempre.

## INDEX DE SIGLES I ACRÒNIMS

TSS	Treball Social Sanitari
HSA	Hospital de Sant Andreu
HDS	Hospital de Dia Socio-sanitari
HDT	Hospital de Dia Terapèutic
PVAA	Programa Vida als Anys
AVD	Activitats de la Vida Diària
ABVD	Activitats Bàsiques de la Vida Diària
AIVD	Activitats Instrumentals de la Vida Diària
AAVD	Activitats Avançades de la Vida Diària
EB	Escala de Barthel
IB	Índex de Barthel

## ÍNDEX

1. Resum.....	8
2. Introducció .....	11
3. Justificació.....	14
4. Marc Teòric	
4.1 L'estat de la qüestió: la influència que exerceix la funció social en el manteniment de l'estat de la salut i en l'ús dels dispositius de la xarxa socio-sanitària .....	16
4.2 L'Hospital de Sant Andreu, un centre socio-sanitari .....	20
4.2.1 Antecedents de l'atenció socio-sanitària.....	22
4.2.2 Àmbits d'atenció socio-sanitària.....	23
4.3 El pacient geriàtric	
4.3.1 L'envelliment demogràfic .....	25
4.3.2 El concepte de pacient geriàtric .....	25
4.3.3 Característiques especials .....	25
4.4 Dependència funcional. Mesurament a través de l'Escala de Barthel.....	27
4.4.1 Escala de Barthel .....	28
4.5 L'Escala de Valoració Sociofamiliar: estructura i experiència d'ús.....	29
4.6 Escala de Cribatge de Factors de Risc Social .....	33
5. Objectius de l'estudi i hipòtesi	
5.1 Objectiu principal .....	36
5.2 Objectius secundaris .....	36
5.3 Hipòtesi inicial.....	37
5.4 Resultats esperats .....	37

6. Metodologia	
6.1 Participants .....	39
6.2 Instruments i fonts de dades .....	41
6.3 Variables d'estudi	
6.3.1 Variable principal .....	42
6.3.2 Variables secundàries .....	42
6.4 Procediment .....	43
6.5 Anàlisi de dades .....	43
7. Resultats .....	46
8. Discussió i Conclusions .....	53
9. Noves línies de recerca que s'obren amb els resultats .....	60
10. Bibliografia .....	62

Annexos



## 1. RESUM

Aquest estudi té com a objectiu mostrar quina és la prevalença de determinats factors socials en l'ús del servei d'Hospital de Dia Terapèutic. L'estat de la qüestió destaca que tot i que l'ús dels recursos socio-sanitaris s'associa principalment a condicions pròpies dels pacients i a factors derivats de l'assistència sanitària rebuda, la funció social exerceix una influència en el manteniment de l'estat de salut i en l'ús dels dispositius de la xarxa. Es tracta d'un estudi retrospectiu descriptiu, de metodologia quantitativa, realitzat a partir de la informació que es disposa en la història clínica informatitzada del centre. Es recullen dades sociodemogràfiques, sobre la situació funcional, els diagnòstics mèdics principals, l'existència de factors de risc i la situació social global. Els resultats mostren que, en termes generals, els 93 pacients seleccionats mantenen la capacitat funcional conservada, una situació social bona i havien utilitzat el servei d'HDT o altre recurs socio-sanitari en altra ocasió.

**Paraules Clau:** factors socials, pacient geriàtric, ús, hospital de dia terapèutic.

## ABSTRACT

This study aims to show which is the effectiveness and prevalence of certain social factors in the services usage and frequency from the *Hospital de dia Therapeutic de Manresa*. The current situation highlights that although the social and sanitary resources usage are mainly related to the own patients conditions and factors derived from the medical assistance they have previously received, the key point is that the social function has an important influence on maintaining the patients health. This project is a retrospective and descriptive study based on a quantitative methodology which is carried out from the available information that belongs to the computerized clinical record from the hospital. Socio-demographic data has been collected in relation to the main medical diagnosis, the risk factor existence and its global social situation. In general terms, the results show that the 93 selected patients keep their functional capacity preserved, a proper social environment and



they also provide us that these patients had used the HDT service or another socio-sanitary resource before.

**Key words:** Social factors, geriatric patient, frequency, day hospital service, therapeutic.



## 2. INTRODUCCIÓ

L'atenció a la població geriàtrica, tant per les seves característiques com per la seva magnitud, s'ha constituït en un àmbit de treball cada cop més específic per la xarxa de serveis sanitaris i socials.

Socialment l'edat se sol relacionar amb la pèrdua de capacitats funcionals i instrumentals per dur a terme les activitats de la vida quotidiana. L'allargament de la vida i l'efecte de les malalties cròniques que s'hi associen, ha suposat que en el moment actual els ancians constitueixin un dels grups de població que genera més necessitats, incrementant així el seu consum de recursos sanitaris i socials.

Tot i que l'ús dels recursos socio-sanitaris s'associa principalment a condicions pròpies dels pacients i a factors derivats de l'assistència sanitària rebuda, sabem que el suport social té un paper clau en el benestar de les persones, ja que constitueix un mecanisme d'adaptació davant circumstàncies adverses a les quals s'ha d'enfrontar el subjecte de forma individual, quan aquest es troba, per exemple, amb situació de vulnerabilitat clínica i/o dependència.

La presència de problemes socials relacionats amb el seu estat de salut, suposa un agreujant i pot provocar situacions de crisi en l'entorn del pacient ( a nivell personal i/o familiar), derivant en la necessitat, objectiva o subjectiva, de fer ús dels recursos de la xarxa socio-sanitària.

La salut de les persones i el seu entorn social han estat objecte d'estudi des de diverses òptiques, i se'n coneix la important relació tan en el context de població general com per grups de risc. En el cas de la població anciana aquesta relació entre funció social i salut s'intensifica especialment per la pròpia fragilitat de l'ancià, derivada amb els seus múltiples i interactuants problemes físics, cognitius i emocionals, circumstància que els fa altament sensibles als canvis del seu entorn.

En la pràctica quotidiana sovint observem com un canvi en el patró d'activitats, de relacions o d'ubicació, té efectes sobre la salut física i mental.

També en el sentit oposat, el benestar social incrementa la capacitat del pacient a plantar cara als problemes de salut, de mantenir la seva autonomia tot i les

limitacions funcionals o de prevenir l'aparició de nous problemes (per exemple, una família implicada en l'atenció, assegura el control de la medicació, pot observar precoçment els canvis, pot fer adaptacions a domicili, etc.)

Per aquest motiu, analitzar i observar la relació de fenòmens que es donen en la nostra pràctica diària, ens permetrà d'una banda, anar generant el coneixement específic necessari en l'àmbit professional i de l'altra, comprendre millor quina és la realitat que tenim al davant.

I això ens situa davant un repte, el de mesurar amb objectivitat la informació que recollim.

Caldrà, doncs, que definim quines dades ens resulten més significatives per la nostra pràctica diària, que siguem capaços d'interpretar-les i de donar-les-hi valor.

En aquest sentit, la incorporació d'instruments validats i estandarditzats en el nostre quefer, resultarà determinant.

Situats en aquest context, és que podrem explicar quins factors socials estan associats a l'ús dels recursos socio-sanitaris, concretament al servei d'Hospital de Dia Terapèutic. Servei on, tal i com se'ns diu en el Pla Director Socio-sanitari (1), moltes de les persones que s'hi atenen, podrien ser ateses en un dispositiu amb menys competència sanitària i més competències socials en el marc d'un programa d'atenció de llarga durada (centre de dia).

Sembla, per tan, que aquest és un bon marc per dur a terme la recerca.

Una recerca que, ens ha de permetre definir les característiques principals de la població geriàtrica a la qual atenem, els problemes de salut que els afecten, el seu nivell d'autonomia/dependència funcional, les situacions de risc que es detecten i la situació social global.



### 3. JUSTIFICACIÓ

La temàtica escollida pel Treball Final de Màster respon a l'interès de contextualitzar l'estudi en el meu àmbit d'intervenció com a professional. Fa 10 anys que treballo a l'Hospital de Sant Andreu i des de fa dos, soc la Cap del Servei de Treball Social Sanitari (TSS) del centre.

La manca de temps i el desconeixement en recerca, però, han dificultat el que em plantegés dur a terme qualsevol tipus d'estudi fins el moment.

Sabem que, la recerca centrada en situacions i fenòmens que afecten directament persones grans o d'edat avançada ha de ser prioritària, perquè un dels trets més característics de la nostra societat és l'envelliment de la població i especialment el sobreenvelliment.

D'altra banda, en la revisió de la literatura no s'han observat excessius estudis orientats a explorar la relació entre la funció social i l'ús dels serveis socio-sanitaris. A més, dins d'aquests serveis, actualment l'Hospital de Dia Terapèutic sembla estar en el punt de mira, precisament per la necessitat de replantejant-se el seus objectius i la funció que té i ha de tenir.

Com ja he comentat anteriorment, s'ha objectivat, i així es plasma en alguns documents que, moltes de les persones que s'hi atenen, podrien ser ateses en un dispositiu amb menys competència sanitària i més competències socials.

Per últim, la incorporació, des de fa uns anys, d'escales de valoració de risc social a la sistemàtica d'intervenció del Servei de TSS de l'hospital, ens ha permès recollir informació susceptible de ser treballada per generar coneixement, d'una manera més objectiva.



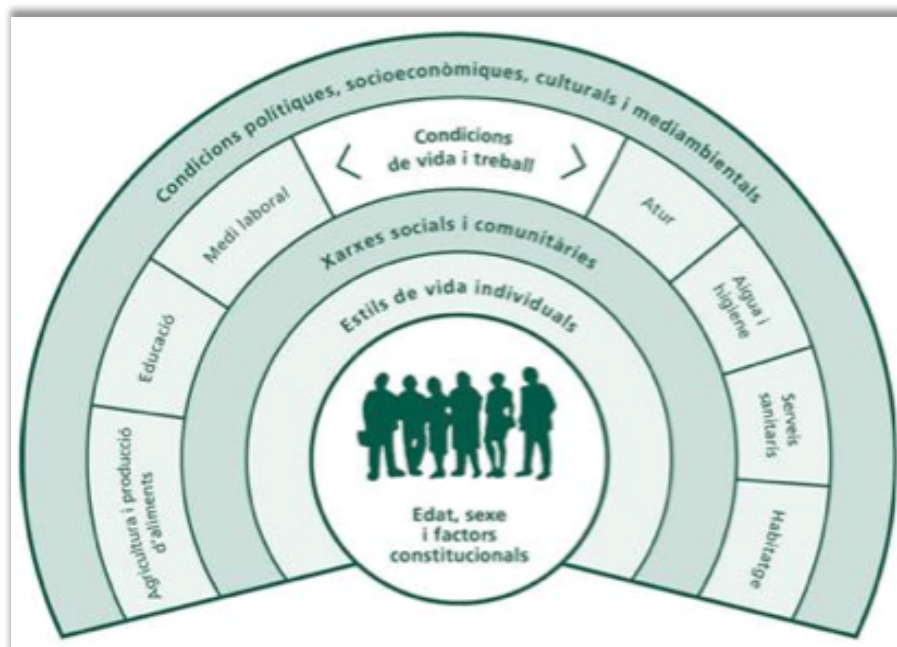
## 4. MARC TEÒRIC

### 4.1 L'estat de la qüestió: la influència que exerceix la funció social en el manteniment de l'estat de salut i en l'ús dels dispositius de la xarxa socio-sanitària.

No hi ha quelcom concloent que ens determini si els factors socials poden condicionar també la freqüentació o ús dels recursos socio-sanitaris.

Sí existeixen, però, diferents marcs conceptuals que intenten definir quins són els principals factors d'influència sobre la salut de les persones i les poblacions, i posen de relleu que característiques com l'edat, el sexe, els estils i condicions de vida, les condicions de treball, l'alimentació, l'accés a béns i serveis fonamentals, les influències econòmiques, culturals i ambientals, o la interacció entre persones i amb el seu entorn, en poden resultar determinants (figura 1).

Figura 1: Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991. Modificat per l'ASPB.

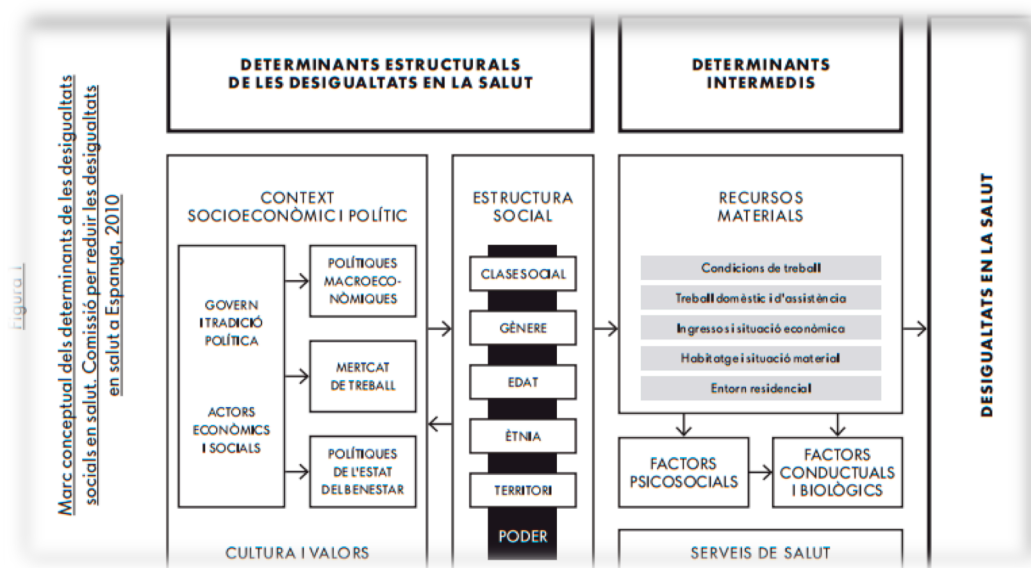


Font: Agència de Salut Pública de Barcelona. (2)



Altres, defineixen quines són les causes més globals de les desigualtats socials en salut (3), diferenciant-les en factors estructurals (context socioeconòmic, polític i estructura social) i factors intermedis (recursos materials amb què compta una persona: condicions d'ocupació o treball, càrrega de treball reproductiu, nivell d'ingressos, situació econòmica i patrimonial, qualitat de l'habitatge i els seus equipaments, entorn, àrea de residència i les seves característiques ). I destacant, la seva influència en els estils de vida o conductes adoptades per la població, repercutint per tant, en la seva salut/benestar. (figura 2)

Figura 2. Mapa conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut. Comissió pr rehuir les desigualtats en salut a Espanya. 2010.



Troben, també, referències al fet que, determinades variables de tipus social i ambiental (a més de factors genètics) condicionen l'aparició de la dependència o hi estan associades, per exemple, els ingressos o l'estat civil (4).

Sabem que, el suport social té un paper clau en el benestar de les persones, ja que constitueix un mecanisme d'adaptació davant circumstàncies adverses a les quals s'ha d'enfrontar el subjecte de forma individual, quan aquest es troba, per exemple, amb situació de vulnerabilitat clínica i/o dependència.

Alguns estudis han relacionat el suport social i la salut i han pogut concloure que a escala general si es pot afirmar que la falta de relacions socials condueix a estats psicològics negatius, i al seu torn aquests estats poden arribar a tenir una influència sobre la salut, bé sigui a través d'un efecte directe sobre els processos psicològics que influeixen en la susceptibilitat cap a la malaltia, bé sigui mitjançant patrons de conducta que incrementen el risc de patir la malaltia (5).

S'identifiquen elements que actuen com a malla de seguretat i proporcionen un cert benestar a l'hora d'afrontar l'envelliment: la pensió, l'habitatge i les xarxes socials en són alguns exemples (6). Relacionen la pensió com un element clau per poder mantenir una bona qualitat de vida en les persones grans, identificant elements de vulnerabilitat, la quantia i l'escletxa del gènere. La disminució de les pensions pot afectar, també, al manteniment de les despeses d'un pis de lloguer per exemple. La família, per la seva banda, segueix sent la principal font de cuidados, pel que la composició actual d'aquestes, la reducció dels membres, les dificultats estructurals existents per conciliar una vida laboral i familiar, o el paper de la gent gran en la provisió de suport poden resultar factors de vulnerabilitat important.

Altres investigacions relacionen conceptes tals com els factors socials i la hiperfreqüentació en centres d'atenció primària de salut, conclouent que la manca de suport social i el patiment que això pot comportar en el pacient pot fer augmentar el nombre de vegades que una persona acut a la consulta (7).

El nombre d'ingressos a les unitats de geriatria també ha estat associada a la manca d'atencions. Isacc, B (8) a través d'un estudi, va posar de manifest que 2/3

de les admissions a la unitat de geriatria o eren per insuficiència d'atencions al domicili.

El desgast i l'estrés que pateixen els cuidadors de persones que pateixen una determinada patologia, com pugui ser la demència, a mesura que aquesta evoluciona, implica que les demandes d'atenció als serveis d'assistència primària i d'ingrés dels seus familiars augmentin (9).

Veiem doncs, com d'una manera o altre, al llarg dels anys i a través de diferents estudis s'ha constatat la influència que la funció social pot exercir en el manteniment de l'estat de salut i en la utilització de certs dispositius de la xarxa sanitària.

Sent un factor mediador que afecta tan a la capacitat de funcionar independentment de l'ancià malgrat les seves limitacions, com també en l'aparició dels problemes en altres àrees (10):

Les dimensions que comprèn aquesta funció social són:

- ✓ Les xarxes socials: són el conjunt de vincles socials al voltant d'un individu. Indiquen les característiques estructurals de les relacions que manté una persona (nº de relacions, composició, freqüència de contacte, proximitat, etc).
- ✓ El suport social: es refereix a la forma d'ajuda que una persona pot rebre de la seva xarxa social. Es pot classificar en 3 categories en funció del suport rebut (suport emocional, suport informatiu i estratègic per resoldre problemes concrets i suport material o instrumental provinent del suport informal).
- ✓ La sobrecàrrega del cuidador: la major part de l'ajuda que rep la persona gran prové del suport informal, concretament dels seus familiars més pròxims. El fet de cuidar de forma continuada pot generar repercussions físiques, emocionals i socials sobre el cuidador.
- ✓ Recursos socials: la valoració de la funció social ha d'incloure els recursos tangibles de què disposa la persona (recursos econòmics, característiques

de l'habitatge, localització de la vivenda, i recursos formals als que podrà accedir).

- ✓ El benestar subjectiu: referent a la satisfacció vital o percepció de qualitat de vida.
  
- ✓ Els valors i creences individuals.

Examinar com cadascuna d'aquestes àrees/dimensions intervé en la situació dels pacients que atenem en el context de la nostra institució, l'Hospital de Sant Andreu, ens permetrà analitzar si els factors socials estan condicionant els ingressos a les diferents unitats funcionals del centre, concretament a l'hospital de dia terapèutic (context assistencial d'on s'extraurà la mostra d'estudi).

#### **4.2 L'Hospital de Sant Andreu, un centre socio-sanitari.**

L'Hospital de Sant Andreu (HSA) és un centre socio-sanitari i com a tal, i seguint les línies que marca el Pla Director Socio-sanitari (1) atén a persones que requereixen d'una atenció geriàtrica, d'una atenció al final de la vida, que poden presentar la malaltia d'Alzheimer o altres demències, o malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat. Fent especial esment a l'atenció prestada a les persones en situació de major risc i/o vulnerabilitat en processos, crònics o aguts, amb diferents graus de discapacitat i a qualsevol etapa del cicle vital.

L'atenció a aquestes persones és prou complexa si tenim en compte que solen ser majors de 75 anys, presenten pluripatologia rellevant, un alt risc de dependència, patologia mental acompanyada o predominant i més de 3 símptomes geriàtrics (11).

La presència, a més, de problemes socials relacionats amb el seu estat de salut, suposa un agreujant i pot provocar situacions de crisi en l'entorn del pacient ( a nivell personal i/o familiar), que poden derivar en la necessitat, objectiva o subjectiva, de fer ús dels recursos de la xarxa socio-sanitària.

L'Hospital de Sant Andreu (12) és un dels centres que gestiona la Fundació Socio-sanitària de Manresa, aquesta té com a missió gestionar serveis i equipaments

socials i socio-sanitaris, preferentment a la comarca del Bages, adreçats a persones en situació de dependència, en un marc de qualitat i equilibri econòmic.

La Fundació Socio-sanitària de Manresa (FSSM) va néixer l'any 1999 fruit de la fusió entre Hospital de Sant Andreu i la Fundació Assistencial del Bages (FAB).

La FAB havia nascut el 1988 amb la finalitat de gestionar residències per a la gent gran i ha esdevingut l'organització més antiga proveïdora de serveis de l'Institut Català d'Assistència Social de la Generalitat.

És un dels hospitals més antics de Catalunya. La primera referència documentada data de l'any 1260. Així es pot constatar en una reproducció fotogràfica que es pot veure a l'entrada de l'edifici. Es tracta d'una reproducció del primer llibre trobat a l'Arxiu Històric de Protocols de Manresa que documenta l'existència de l'Hospital de Sant Andreu, abans anomenat Hospital Superior, per l'existència de l'Hospital de Santa Llúcia, anomenat Hospital Inferior. A les primeres línies de la pàgina dreta d'aquesta fotografia, feta a tamany natural, s'hi troba la descripció manuscrita que esmenta l'Hospital Superior. Aquest document data del 9 de desembre del 1260.

Forma part dels centres concertats pel CatSalut i de la Xarxa Socio-sanitària d'Utilització Pública de Catalunya.

Disposa de totes les línies de producte previstes en el sector:

- ✓ Convalescència : aquest servei va dirigit a persones afectades per un procés agut, quirúrgic, traumatològic o malaltia descompensada. I un cop compensat aquest procés, requereix un període de recuperació funcional integral.
- ✓ Llarga Estada: s'ofereix una atenció geriàtrica, de cura i manteniment de la persona des d'un punt de vista funcional, donant suport al pacient i a la seva família.
- ✓ Unitat de Subaguts: acull malalts crònics de l'àmbit geriàtric que han estat atesos a les urgències de l'Hospital General de Manresa i que no necessiten els recursos tecnològics propis dels malalts aguts.
- ✓ Mitjaestada psicogeriàtrica: l'objectiu d'aquesta unitat és el control de símptomes, la recuperació o manteniment funcional i el suport a les famílies en situació de crisi.
- ✓ Hospital de dia Psicogeriàtric: servei d'assistència diürna que atén a persones amb deterior cognitiu en fase inicial.

- ✓ Hospital de dia Terapèutic: servei destinat a persones que precisen d'una continuïtat assistencial per seguiment clínic, cures o rehabilitació, sense precisar d'ingrés hospitalari.
- ✓ Cures Pal·liatives: l'objectiu és el control simptomàtic i el suport emocional.
- ✓ PADES: equip interdisciplinari que es desplaça als domicilis amb l'objectiu d'aconseguir el confort del pacient en situació de malaltia avançada o final de vida.
- ✓ UFISS: servei que es desplaça diàriament als hospital d'aguts de Manresa per valorar la situació dels malalts fràgils, sovint d'edat avançada o que pateixen diverses malalties i han perdut la seva autonomia, o bé que pateixen malalties terminals.
- ✓ Consultes Externes: servei d'atenció ambulatoria per a pacients que precisen d'una valoració especialitzada en geriatría, demència o cures pal·liatives.
- ✓ Unitat ambulatoria de demències: servei que actua a nivell ambulatori, compostat per un equip de professionals de la salut especialitzat en el diagnòstic i tractament de les demències.

#### **4. 2.1 Antecedents de l'atenció socio-sanitària a Catalunya (1)**

El Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear, l'any 1986, el Programa Vida als Anys (PVAA) d'atenció a persones gran malaltes i malalts crònics, mitjançant l'Ordre de 29 de maig de l'any 1986. Amb aquest fet, el Govern de la Generalitat de Catalunya, a través del Departament de Sanitat i Seguretat Social, va fer un pas important per tal d'adaptar els seus serveis a les necessitats assistencial d'una població amb un fort índex d'envelliment. Aquest fet ha condicionat el desenvolupament del sector sanitari a casa nostra i ha influenciat en gran manera el debat que, en els anys posteriors, i encara actualment, s'ha establert en quasi totes les comunitats autònomes de l'Estat espanyol.

Aquest desplegament va basar-se no només en el fet demogràfic de l'envelliment sinó que va incloure la promoció d'un model d'atenció propi. El model d'atenció socio-sanitari defensa la concepció global de la persona i la necessitat d'un enfocament integral, tan en la valoració de les necessitats com en la implementació dels programes d'intervenció segons el model d'atenció biopsicosocial. A més a més, la defensa de la multidisciplinarietat, imprescindible per a una atenció

d'aquestes característiques, va ser fonamental. Aquest model era i és útil per a l'atenció a les persones grans malaltes, als malalts crònics amb dependència i a les persones amb una malaltia en situació terminal que necessiten cures pal·liatives.

L'any 1988 es va crear el Departament de Benestar Social, per la qual cosa l'àmbit d'actuació de Vida als Anys va passar a ser interdepartamental.

En aquelles primeres etapes, la tasca del PVAA es va centrar en la transformació i reordenació dels serveis que estaven destinats a atendre els malalts crònics, definint els serveis i donant contingut organitzatiu i contractual per tal d'anar desenvolupant el model d'organització, d'atenció i de finançament que avui coneixem.

Fruit d'aquest treball és el cos normatiu bàsic que ha regit fins a l'actualitat els serveis socio-sanitaris, entre els quals destaquen:

- La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya, que preveu que el Servei Català de la Salut (CatSalut) digui a terme activitats d'atenció socio-sanitària.
- L'agost de 1999 es va publicar el decret pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments socio-sanitaris.
- L'any 2000 es va realitzar el Pla de desplegament de recursos socio-sanitaris pel període 2000-2005. En aquest document es definien per primera vegada les 4 grans àrees d'activitats dels serveis socio-sanitaris (l'atenció geriàtrica, l'atenció a persones amb demència, l'atenció a persones amb altres malalties neurodegeneratives i l'atenció al malalt terminal).

#### **4.2.2 Àmbits d'atenció socio-sanitària**

L'àmbit d'atenció socio-sanitària a Catalunya disposa de tres nivells d'intervenció:

- ✓ Serveis d'hospitalització (llarga estada i mitjaestada (convalescència i pal·liatives).
- ✓ Serveis d'atenció diürna ambulatoria (hospitals de dia i equips d'avaluació integrals ambulatoria).
- ✓ Equips de valoració i suport (UFISS i PADES).

L'Hospital de Dia Socio-sanitari (HDS) (13), es contempla com un recurs que dona atenció diürna ambulatoria, majoritàriament, a persones grans amb malaltia i a persones amb malalties cròniques que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament o diagnòstic o seguiment especialitzar en règim diürn. Els objectius dels serveis d'atenció de dia són: l'avaluació integral, la rehabilitació i l'atenció continuada de manteniment.

L'Hospital de dia terapèutic (HDT), marc on es durà a terme l'estudi, està especialment orientat a la rehabilitació després de processos aguts o durant el curs evolutiu de malalties cròniques que necessiten intervencions multidisciplinàries amb un objectiu de millora o retardar de l'evolució del procés i/o de la discapacitat, si existeix.

El diagnòstic més freqüent entre les persones ateses als HD de Catalunya és la demència i altres trastorns cognitius (36,62%), seguit de l'esclerosi múltiple (9,42) i altres trastorns del sistema nerviós (8,765%). Els sistemes d'informació de què es disposa actualment, no permeten conèixer les característiques funcionals dels pacients a l'ingrés i a l'alta.

Malgrat això, és una opinió molt estesa que en general s'atenen persones amb graus de discapacitat crònica greu i amb molts objectius socials que fa que tinguin estades mitjaneres i medianes prolongades altes (205,4 dies i 123 dies).

Es considera que moltes persones ateses a l'HD.SS, probablement podries ser ateses en un dispositiu amb menys competència sanitària i més competències socials en el marc d'un programa d'atenció de llarga durada (centre de dia).

El Pla defineix que els HD haurien d'anar orientats a l'atenció de persones amb malalties complexes i/o en situació de crisi, enlloc de persones amb gran dependència. Diu que les persones amb necessitat de mantenir-se tot el dia al centre per necessitats socials haurien de ser tributàries d'un centre de dia. Així també, les persones amb problemes de mobilitat i vàries AVD bàsiques afectades es consideren més tributàries d'aquest altre tipus de centre.



### **4.3 El pacient geriàtric**

#### **4.3.1 L'envelliment demogràfic (14)**

L'esperança de vida seguirà augmentant en els propers anys com ho ha fet en les darreres dècades. Així passarà dels 79,8 anys per als homes i 85,4 per a les dones el 2012 als 85,3 anys i 90,2 anys, respectivament, el 2051.

El col·lectiu de població de 65 anys i més continuarà caracteritzant-se per la presència de més dones que homes en una mateixa edat, però aquesta característica s'anirà moderant, ja que més homes arribaran també a edats avançades.

La població major de 65 anys representa avui el 17,4% de la població, mentre que el 2026 augmentarà fins el 21,9% i el 2051 arribarà al 30%. L'envelliment serà especialment visible a causa de l'augment del nombre de majors de 85 anys, que passarà dels 195.000 el 2013 als 541.000 el 2051, la qual cosa també tindrà com a conseqüència directa l'increment del nombre de defuncions.

L'índex de dependència de la gent gran, passarà de 26,5 l'any 2013 a 34,3 l'any 2026 i a 55,9 l'any 2051. El valor actual de l'índex de dependència de la gent gran és de 26,5 el 2013, molt semblant al d'Espanya i al de la Unió Europea, que són de 26,3 i de 27,5 respectivament.

#### **4.3.2 El concepte de pacient geriàtric**

El concepte de pacient geriàtric inclou els següents elements en la seva definició: subjecte normalment d'edat avançada (superior als 75 anys), especialment fràgil davant qualsevol tipus d'agressió, amb patologies cròniques múltiples i normalment productores de limitacions funcionals físiques i/o psíquiques. Solen ser persones que tenen problemes socials sobreafeigits. Requereix en moltes ocasions, d'institucionalització (11).

#### **4.3.3 Característiques especials (15)**

Presenta determinades connotacions que requereixen una consideració especial, per la incidència que haurà de rebre per part dels professionals especialitzats:

- **Pluripatologia:**

La malaltia se sol presentar de forma única o aïllada en els adults i en els ancians, en canvi, en aquests últims el més habitual és trobar varies malalties que es presenten conjuntament i que afecten a varis òrgans i sistemes, interrelacionats o no. En general, es pot dir que en l'ancià l'existència d'un procés patològic facilita l'aparició d'altres. Els factors que predisposen la pluripatologia en les persones grans són:

  - L'alteració de l'homeòstasi: en situacions basals i de repòs l'ancià és capaç de mantenir l'equilibri amb el mitjà intern, però en situacions d'estrés, com una malaltia o una intervenció quirúrgica, l'homeòstasi s'altera.
  - La interacció dels sistemes orgànics.
  - Els llargs períodes de latència de moltes malalties que afecten a l'ancià, que fa que es pugui sobrevenir qualsevol altre procés agut.
  - El dèficit del sistema immunològic de les persones grans.
  - La immobilitat que en alguns ancians poden provocar greus alteracions en diferents òrgans i sistemes.
- **Polifarmàcia:**

Com a conseqüència de la pluripatologia, l'habitual és que l'ancià tingui prescrits un nombre elevat de fàrmacs, sent difícil que no existeixi una interacció farmacològica o que inclús no estiguin contraindicats per la malaltia que presenta. A aquesta situació cal afegir que en les persones grans és freqüent l'automedicació.
- **Pronòstic menys favorable:**

En general el pronòstic de la malaltia és menys favorable que en el jove i en l'adult, el que resulta lògic si es té en compte que la malaltia apareix en un organisme amb menys defenses, amb alteracions orgàniques i sistemàtiques pròpies de l'envelliment i, el més probable, amb la presència de malalties cròniques.
- **Tendència a la incapacitat:**

La majoria de les malalties dels ancians són cròniques o degeneratives, si bé en algunes ocasions la malaltia aguda s'acaba cronificant per la disminució

de la resposta immunitària. Les malalties cròniques, en moltes ocasions, originen limitacions funcionals que incapaciten per la realització de les AVD i provoquen en la persona gran major manifestació de dependència que requereix ajuda parcial o total d'una altra persona.

- Major Influència de factors psicosocials:  
Gran part dels ancians presenten algun tipus de problemàtica social o condicionants psicològics que s'agreuen en situació de malaltia i que, en moltes ocasions, acaben convertint-se en el principal problema per aconseguir un estat de salut acceptable.
- Major incidència de complicacions potencials:  
És freqüent que l'ancià malalt presenti complicacions greus que a vegades poden portar a ser més importants que la pròpia malaltia, i que poden portar a situacions de cronicitat i/o incapacitat o a la mort.

#### **4. 4 Dependència funcional. Mesurament a través de l'Escala de Barthel (EB).**

Trobem diferents deficions sobre el concepte de dependència funcional:

1. Dependència funcional entesa com les a les dificultats per realitzar les Activitats de la Vida Diària (AVD) (16)

Les AVD es poden dividir en bàsiques, instrumentals i avançades:

- Les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD) medeixen els nivells funcionals més elementals (menjar, utilitzar el WC, contenir esfínters) i les immediates superiors (higiene, vestir-se, caminar) que constitueixen les activitats essencials per l'autocuidado.
- Les Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD) són activitats més complexes i requereixen d'un major nivell d'autonomia. Inclouen activitats tals com: capacitat d'utilitzar el telèfon, elaboració del propi menjar, realitzar tasques domèstiques bàsiques, rentar la roba, maneig de la medicació, mobilitat en la comunitat, maneig de diners.
- Les Activitats Avançades de la Vida Diària (AAVD), no són indispensables pel manteniment de la independència, permeten a l'individu desenvolupar el

seu paper dins la societat: educació, treball, oci, participació en grups, contactes socials, viatges, esport.

2. El 1998, el Consell d'Europa (17) s'hi referia com "l'estat en què es troben les persones que per raons lligades a la manca o pèrdua de capacitat física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'una ajuda o assistència important per la realització de les AVD".

3. L'Organització Mundial de la Salut (OMS),(18) estableix la dependència com "la restricció o absència de la capacitat de realitzar alguna activitat en la forma o dins el marge que es considera normal".

#### **4.4.1 Escala de Barthel (figura 3)**

Sabem que l'objectiu de les escales de valoració funcional és determinar la capacitat d'una persona per realitzar les activitats de la vida diària de forma independent (19) .

L'Escala de Barthel va ser dissenyada al 1995 per Mahoney i Barthel per mesurar l'evolució dels subjectes amb processos neuromusculars- esquelètics en un hospital per malalts crònics de Maryland i publicat deu anys després.

Aquest índex consta de 10 paràmetres que mesuren les Avd's, l'elecció dels mateixos es realitza de forma empírica segons l'opinió de metges, infermeres i fisioterapeutes.

Actualment és un dels instruments de mediació de les ABVD més utilitzat internacionalment per la valoració de pacients amb malaltia cerebrovascular aguda. A Espanya és l'Escala de valoració funcional més utilitzada als serveis de geriatría i de rehabilitació. També s'utilitza per estimar la necessitat de cuidadors personals, organitzar ajudes a domicili i valorar eficàcia dels tractaments.

Valora la capacitat d'una persona per realitzar de forma dependent 0 independent 10 activitats bàsiques de la vida diària com menjar, moure's de la cadira al llit i tornar, realitzar la higiene personal, anar al wc, banyar-se, desplaçar-se, pujar i baixar escales, vestir-se i mantenir el control intestinal i urinari.

Factors socials associats a l'ús dels recursos socio-sanitaris en pacients geriàtrics:  
 un estudi des del Treball Social Sanitari.  
 Màster en Treball Social Sanitari. UOC. Elisabet Hernández del Arco

La seva puntuació oscil·la entre 0 (completament dependent) i 100 (completament independent) i les categories de resposta entre 2 i 4 alternatives amb intervals de cinc punts en funció del temps empleat per la realització i la necessitat d'ajuda per dur-les a terme.

Es distingeixen 5 ítems: 0-20 (dependència total), 20-35 (dependència severa), 35-55 (dependència moderada), > 60 (dependència lleu), 100 (autònom).

És un bon predictor de mortalitat, necessitat d'institucionalització, utilització de serveis socio-sanitaris, millora funcional i risc de caigudes.

Figura 3. Escala de Barthel

INDICE DE BARTHEL		Puntos
Comer	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender mantaquilla, etc.	5
	Dependiente.	0
Lavarse	Independiente, entra y sale solo del baño.	5
	Dependiente.	0
Vestirse	Independiente, capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
Deposiciones*	Continente.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	5
	Incontinente.	0
Micción*	Continente o es capaz de cuidarse de la sonda o colector.	10
	Incontinente ocasional (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas). Necesita ayuda para cuidar de la sonda o colector.	5
	Incontinente.	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, usa cufa o el orinal. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque puede usar barras de apoyo), se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0
Trashdarse	Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente.	15
	Mínima ayuda física o supervisión.	10
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.	5
Deambular	Dependiente.	0
	Independiente, camina sin ayuda al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
Escalones	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
	Independiente para subir y bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque se ayuda de muletas o bastones o se apoya en la barandilla.	10
	Necesita ayuda física o supervisión.	5
	Dependiente.	0
<i>TOTAL</i>		

#### 4.5 L'Escala de Valoració Sociofamiliar: estructura i experiència d'ús (20)

A l'Estat espanyol, en els inicis de l'establiment dels serveis de geriatría, la forma més habitual de fer la valoració de la funció social era amb un sistema d'entrevistes

semiestructurades i en ocasions i en equips concrets amb escales o conjunts d'indicadors socials acordats pels equips. No es pot parlar de la difusió i ús progressivament generalitzat d'un instrument fins a l'aparició, l'any 1994, de l'Escala de Valoració Sociofamiliar de Gijón. Els seus autors M.E. Diaz Palacios, O. Domingo Puente i G. Oyos Garcia, professionals vinculats a l'atenció primària de salut, proposen un instrument d'estructura senzilla, que posteriorment validen

L'escala inicial inclou un format que inclou cinc dominis o àrees de categorització de les variables a valorar: situació sociofamiliar, recolzament de la xarxa social, relacions socials, habitatge i situació econòmica.

Cada domini inclou cinc categories i estableix un gradient des de la situació social ideal o absència de problemàtica, fins a l'objectivació de circumstàncies considerades de problemàtica social instaurada.

L'escala va ser valorada amb tècniques de consens entre els treballadors socials juntament amb altres professionals de l'àmbit de la salut. Segons el que exposen els mateixos autors, "l'escala pretén identificar situacions tant de problema social definit com una situació consolidada, difícilment modificable, de l'individu o l'entorn que trenca la interacció entre ambdós, impedit que aquest satisfaci les seves necessitats bàsiques; de risc, entès com la presència de determinades característiques que dificulten la relació de l'individu amb el seu entorn i produeixen un increment en la susceptibilitat de contraure malaltia psíquica i orgànica o l'aparició d'un problema social".

Els autors proposaven uns punts de tall per determinar les situacions descrites:

- Puntuacions entre 5 i 9 es cataloguen de "Situació Social Bona- Acceptable".
- Puntuacions entre 10 i 14 punts "Existeix risc social".
- Puntuacions per sobre de 15 punts "Existeix risc de problema social".

L'escala és molt senzilla en la seva aplicació i el seu ús en la valoració estandarditzada al nostre país s'ha estès tant en l'atenció primària sanitària com en els recursos geriàtrics especialitzats. Al llarg dels 16 anys transcorreguts des de la seva publicació, els nombrosos equips que n'han fet ús han aportat els seus resultats a través d'articles científics, sobretot en revistes especialitzades de

geriatria. Ha estat utilitzada a tots els nivells de l'atenció sanitària (primària socio-sanitària i d'aguts) i s'ha adreçat a diferents objectius: descriptius, d'identificació de risc, com a part d'instruments més amplis per valorar probabilitats d'ubicació domiciliària a l'alta, d'ús de recursos comunitaris prehospitalització i per sedàs de població anciana fràgil a la comunitat.

Al llarg d'aquest temps els equips que l'han fet servir han proposat modificacions dels enunciats descriptius: ( Annex 1)

- Versió de l'Escala de Gijón elaborada per Diaz- Palacios i altres. (1994)
- Versió modificada de l'Escala de Gijoon per Alarcón –Montalvo. (1998)
- Versió de l'Escla de Gijón (EVSF) utilitzada per Sabartés i altres. (1999)
- Escala d'avaluació sociofamiliar (modificada de l'Escala de Gijón) de Miralles, Sabartés i Ferrer. (2003)

No va ser fins l'any 2011 que, les autores C. Guinovart Garriga, E. Rovira Soler, A. Rufí Vila, fan una modificació de l'estructura. Justificant que, tot i els seus avantatges, l'escala continuava presentant problemes semblants als altres instruments de valoració funcional, constatant-ho els diferents equips que les havien utilitzat: existència de diferents versions, processos d'adaptació dels enunciats fluïdos i no existència de normatives per la seva aplicació.

El grup va treballar en la comparació de les versions existents, analitzant els ítems de cadascuna de les dimensions i analitzant avantatges i inconvenients generals de cadascuna de les versions. En cada dimensió es consensuava la versió de l'Escala de Gijón que era més adient a la casuística del treball social. I a partir d'aquí es van anar introduint les modificacions oportunes per ajustar els ítems descriptors a les situacions habituals i introduint descriptors nous que recollissin situacions socials emergents, no incloses en les versions de les escales prèvies.

En aquest procés de consensuar la nova versió de l'escala es va dur a terme una prova pilot que va consistir en dues tandes d'aplicació pràctica sobre casos reals.

I és aquesta darrera escala modificada per les treballadores socials d'Osona la que utilitzem en la nostra pràctica diària i la que ens ha servit per recollir de forma objectiva la informació necessària (figura 4)

Factors socials associats a l'ús dels recursos socio-sanitaris en pacients geriàtrics:  
un estudi des del Treball Social Sanitari.  
Màster en Treball Social Sanitari. UOC. Elisabet Hernández del Arco

Figura 4. Escala de Gijón versió TSO

<b>1. Condicions familiars</b>		
1	Viu amb parella i/o família	
2	Viu amb parella i/o família d'edat similar	
3	Viu amb parella i/o família però sense capacitat i/o disponibilitat i/o disposició de fer-se càrrec (cuidar-lo) i/o no se'n surten en l'atenció a les seves necessitats. Cuidador amb sobrecàrrega.	
4	Viu sol. Hi ha fills/es o altres familiars. No se'n surten en l'atenció a les seves necessitats.	
5	Viu sol. Família distant (física o afectivament). No se n'ocupen. Carència de cures. No hi ha familiars ni cuidadors.	
<b>2. Contactes socials</b>		
1	Contactes socials fora del domicili. El pacient surt al carrer.	
2	Contactes socials amb família, veïns, altres (botiga, metge/infermera CAP), tec. El pacient surt o no al carrer.	
3	Contactes socials només amb la família i/o àmbit de relació restringit. El pacient pot sortir al carrer.	
4	Rep visites de forma puntual. No pot sortir al carrer.	
5	No rep visites. No pot sortir al carrer. Aïllament social.	
<b>3. Assistència rebuda per la xarxa de recursos (formals / informals)</b>		
1	No requereix ajut.	
2	Requereix ajut i el rep de la xarxa informal (família - veïns) i és suficient.	
3	Requereix ajut i el rep de la xarxa de recursos formals (SAD, centre de dia...) i és suficient. Rep atenció per cuidador extern.	
4	Requereix ajut i el rep tant a la xarxa informal i/o formal, i no és suficient.	
5	No hi ha suport de la xarxa de recursos (formal / informal) i/o no es pot exercir i és necessària.	
<b>4. Situació econòmica</b>		
1	Més de 2 vegades indicador de renda de suficiència (IRS) -> 2 x IRS - Més de 1088€.	
2	Entre una vegada i mitja IRS i dues l'IRS - 1,5 IRS ↔ 2x IRS - Entre 816€ i 1088€	
3	Entre una vegada i una mitja l'IRS - >1 IRS ↔ 1,5x1 IRS - Entre 544€ i 816€	
4	Igual o inferior a 1 IRS - ≤1 IRS - ≤544€	
5	Sense ingressos fixes	
<b>5. Habitatge</b>		
1	Adequat. Disposa de tots els subministraments, adaptacions i equipaments (calefacció, bany, telèfon, ascensor).	
2	Barreres arquitectòniques externes i/o falta algun equipament del llistat anterior.	
3	Barreres arquitectòniques internes al domicili.	
4	Equipament inadequat (falta dos o més equipaments del llistat) i/o subministraments, i/o altres (humitats, descurança).	
5	Vivenda inadequada: barraca, asbència vivenda.	
<b>Puntuació total:</b>		

Font: Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians (20)



#### **4.6 Escala de Cribatge de Factors de Risc Social.**

El Servei de Treball Social Sanitari de l'Hospital de Sant Andreu, tot i amb algunes excepcions, venia treballant sota un model assistencial reactiu. En la majoria dels casos, s'intervenien a demanda (feta per l'equip o pel mateix pacient/família) com a resposta a un problema puntual que calia resoldre, pel que molta de la nostra intervenció la centràvem en la disponibilitat o no de recursos, passant en molts casos a ser mers gestors d'aquests.

Valorant els beneficis de treballar amb un model de gestió descentralitzat i integrat, és que plantejarem començar a treballar des d'una atenció proactiva, de manera que siguin els treballadors socials sanitaris que conformen els diferents equips, els que s'avancin als problemes i necessitats.

Per desenvolupar aquest model vam creure necessari desenvolupar un programa d'intervenció sistemàtica que ens permetés d'una banda, avançar-nos a la demanda i per l'altra, mesurar amb objectivitat la informació que recollíem.

Per dur a terme aquesta sistematització calia utilitzar instruments de valoració de risc social, i definir quines dades o ítems eren més significatius per nosaltres alhora de començar a intervenir.

Per aquest motiu és que vam establir uns ítems que ens permetien cribar els ingressos que tenim diàriament:

- 1.- Pacients derivats per part d'altres professionals de treball social de l'àmbit sanitari i/o comunitari.
- 2.- Viure sol
- 3.- Viu amb conjuge de similar edat/família amb dificultats (problemes de salut, viu lluny, altres càrregues familiars i/o laborals).
- 4.- Cuidador principal amb indicadors de càrrega (manifesta cansament, labilitat evident i mantinguda-plora, etc.)
- 5.- No hi ha xarxa de suport informal (família)
- 6.- No rep suport de la xarxa informal ( hi ha família però no implicada. Per ex. pacients que arriben sols a l'hospital)

- 7.- Dificultats/discrepancies en l'estructura familiar
- 8.- Malalts amb ingressos reincidents per suport bàsic
- 9.- Expectatives desajustades respecte l'ingrés
- 10. Previsió important de pèrdua funcional/cognitiva en relació a la situació prèvia d'ingrés.

Només que es doni un dels factors de risc ja es procedirà a intervenir.

A partir del cribatge i de la identificació de la necessitat d'intervenció es procedeix a fer la valoració social.

Per l'elaboració d'aquests indicadors ens vam basar en el que ja havien treballat les companyes, treballadores socials, de l'Hospital Santa Creu de Vic, en l'Escala de Risc Social\_TIRS (figura 3) i en l'experiència pròpia.

Figura 5. Escala d' Indicators de Risc Social \_TIRS

INDICADORS DE RISC SOCIAL _ TIRS	
1. Persona que viu sola o amb la família amb capacitat limitada de suport: persona que no conviu amb ningú, o que conviu amb persones amb algun tipus de discapacitat (per motius d'edat, de malaltia o de disminució).	SI NO
2. Persona amb relació familiar conflictiva: fa referència a qualsevol tipus de conflicte familiar (desavinences, trencament de la relació,...).	SI NO
3. Família amb dificultat per assumir la responsabilitat d'atenció al malalt: les dificultats fan referència a motius laborals, càrregues familiars, esgotament i altres limitacions personals.	SI NO
4. Condicions d'higiene personal inadequat o deficients: definit en el mateix enunciat.	SI NO
5. L'habitatge és inadequat a les necessitats del malalt: fa referència a l'existència de barreres arquitectòniques, manca d'espai, humitats, manca de serveis bàsics (aigua, llum,...).	SI NO
6. S'aprecia manca de recursos econòmics: l'apreciació fa referència a la manifestació expressa del malalt i família, i també a la impressió dels professionals (observació).	SI NO
Puntuació i Lectura: 1 indicador positiu = Risc social	

Font: El Treball Social Sanitari en l'Atenció al Pacient Crònic. Direcció Adjunta d'Afers Assistencials. Àrea de Treball Social. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2013. (21)



## **5. Objectius de l'estudi i Hipòtesi**

### **5.1 Objectiu principal**

Identificar quina és la prevalença de situacions de vulnerabilitat social en els pacients ingressats al Servei d'Hospital de Dia Terapèutic durant el període comprès entre febrer de 2014 a febrer de 2015.

### **5.2 Objectius secundaris**

- Descriure els diagnòstics mèdics que motiven l'ingrés al servei d'HDT.
- Conèixer la prevalença d'un o altre diagnòstic mèdic.
- Conèixer la dependència funcional que presenta cadascun dels subjectes estudiats.
- Descriure quin és el risc social detectat en el moment de l'ingrés.
- Descriure quina és la situació social global.
- Identificar si, en altre ocasió, ja havien utilitzat el servei d'HDT.
- Identificar si havien utilitzat altre serveu/unitat funcional del centre socio-sanitari.
- Relacionar situació social global, índex de Barthel (IB) i ús dels recursos socio-sanitaris.
- Valorar si aquest perfil d'usuari podria ser atès en un dispositiu amb menys competència sanitària i més competència social.

### **5.3 Hipòtesi inicial**

Com ja hem comentat anteriorment l'objectiu d'aquest estudi és identificar la prevalença de situacions de vulnerabilitat social en pacients ingressats al servei d'HDT.

La pregunta inicial plantejada és:

- Podem associar l'ús o freqüentació dels recursos socio-sanitaris a una situació de fragilitat o risc social?

La hipòtesi de partida és:

- L'ús del servei d' Hospital de Dia Terapèutic, en pacients geriàtrics, s'associa no tan sols a condicions pròpies dels pacients i a problemes relacionats amb el seu estat de salut. Els dèficits en la funció social també en resulten factors influents.

### **5.4 Resultats esperats**

Poder demostrar que els pacients que ingressen a l'HDT, presenten factors de vulnerabilitat social, que influeixen en l'ús del servei.

Els dèficits en l'estructura social i de suport, fan necessària l'atenció per part de la xarxa formal, i l'assistència a centre d'atenció diürna els pot resultar beneficiós.

En aquests casos, a més, la necessitat de rehabilitació, de cures o altres objectius més clínics passen a un segon terme. Arribant a la conclusió que potser podrien ser atesos en dispositiu amb menys competència sanitària i més competència social.



## 6. METODOLOGIA

### 6.1 Participants:

L'estudi té un caràcter retrospectiu descriptiu, de metodologia quantitativa.

És durà a terme a l'Hospital de Sant Andreu, centre socio-sanitari referent a la comarca del Bages, amb una població de 184.403 habitants.

El centre, treballa amb un model d'atenció integral i interdisciplinària, basat especialment en tenir cura de les persones. L'objectiu assistencial és el de promoure l'autonomia i la funcionalitat dels usuaris, oferir un bon grau d'atenció i millorar l'adaptació de la persona als episodis que van apareixent com a conseqüència de la malaltia, sobretot en edats avançades.

Atén a persones que requereixen d'una atenció geriàtrica, d'una atenció al final de la vida, que poden presentar la malaltia d'Alzheimer o altres demències i/o malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

Compta amb un total de 232 places, distribuïdes en diferents unitats assistencials (Llarga Estada, Convalescència, Cures Pal·liatives, Mitja Estada Psicogeriàtrica, Hospital de dia Terapèutic, Hospital de Dia psicogeriàtric, PADES, UFISS, Consulta externa).

El nombre d'episodis assistencials realitzats en ambdós anys i en cadascun dels serveis ha estat el següent:

Taula 1. Episodis assistencials any 2014 i 2015 a l'Hospital de Sant Andreu.

SERVEIS	EPISODIS 2014	EPISODIS 2015
PADES	193	176
LLARGA ESTADA	317	303
CONVALESCÈNCIA	548	532
MITJAESTADA PSICOGERIÀTRICA	121	154

CURES PAL·LIATIVES	237	241
HOSPITAL DE DIA TERAPÈUTIC	255	232
HOSPITAL DE DIA PSICOGERIÀTRIC	44	53
SUBAGUTS	80 (últim trimestre)	252
UFISS	1170	1192
CCEE	1997	1461

Font: Memòries anys 2014 (13) i 2015 (22) Fundació Socio-sanitària de Manresa.

Inicialment s'han identificat 254 pacients que van ingressar a l'Hospital de Dia Terapèutic, durant el període comprès entre febrer de 2014 i febrer 2015 (Annex 2). La data d'inici de l'estudi correspon a la data d'implantació del Programa d'Intervenció Sistemàtica, que es va promoure des del Departament de Treball Social Sanitari del centre, amb l'objectiu d'avançar-se als problemes dels pacients/famílies, sense necessitat que aquests (o la resta de professionals que els assisteixen) haguessin de fer la demanda; i mesurar amb objectivitat la informació que es recollia, utilitzant un llenguatge comú i podent interrelacionar els elements i factors amb els quals es treballava a diari.

Per escollir la mostra s'ha tingut en compte la variable edat, seleccionant aquells pacients majors de 75 anys <sup>1</sup> i aquells els qui la seva procedència era el domicili/atenció primària. Excloent per tant, els menors de 75 anys i aquells que venien derivats d'un altre recurs socio-sanitari (com pugui ser la unitat de convalescència o de llarga estada) o d'un hospital de 3r nivell.

Així doncs, un cop aplicats els criteris d'inclusió/exclusió el mostreig seleccionat ha estat de 93 subjectes.

---

<sup>1</sup> Una de les condicions que defineix al pacient geriàtric segons la Sociedad Española de Geriatria i Gerontologia (11)



## 6.2 Instruments i fonts de dades:

Per la recollida d'informació s'ha elaborat una graella, en la que hi consten tots els ítems a tenir en compte en el buidatge de dades: HC, sexe, edat del pacient, recurs, data d'ingrés, procedència, diagnòstic, barthel, situació social determinada per l'Escala de Valoració Socio-Familiar (modificada E-Gijón/TS Osona) i els factors de risc detectats a partir de l'Escala de Cribatge. ( Annex 3)

*L'Escala de Cribatge de Factors de Risc Social i l'Escala de Valoració Socio-Familiar (modificada E-Gijón /TS Osona), són els instruments de valoració de risc social que utilitzen els treballadors socials sanitaris de l'Hospital de Sant Andreu.*

La utilització d'aquestes escales s'emmarca dins el Programa d'Intervenció Sistemàtica que ja hem explicat amb anterioritat.

Cap de les dues escales es passa directament a pacient o familiars. Són formularis que omple el propi treballador social en base a la informació que es recull en les entrevistes de valoració social, i que queda registrada en el curs clínic de cada pacient.

*L'Escala de Cribatge de Factors de Risc, determina en quins casos s'ha de prioritzar la intervenció del Treballador Social Sanitari. Només que es doni un dels factors de risc, es procedirà a intervenir de forma immediata:*

- 1.- Pacients derivats per part d'altres professionals de treball social de l'àmbit sanitari i/o comunitari.
- 2.- Viu sol
- 3.- Viu amb cònjuge de similar edat/família amb dificultats (problemes de salut, viu lluny, altres càrregues familiars i/o laborals).
- 4.- Cuidador principal amb indicadors de càrrega (manifesta cansament, labilitat evident i mantinguda-plora, etc.)
- 5.- No hi ha xarxa de suport informal (família)
- 6.- No rep suport de la xarxa informal ( hi ha família però no implicada. Per ex. pacients que arriben sols a l'hospital)
- 7.- Dificultats/discrepàncies en l'estructura familiar
- 8.- Malalts amb ingressos reincidents.

9.- Expectatives desajustades respecte a l'ingrés.

10. Previsió important de pèrdua funcional/cognitiva en relació a la situació prèvia d'ingrés.

L' *Escala de Valoració Socio-Familiar (modificada E-Gijón/TS Osona)* (20), presenta un format que inclou cinc dominis o àrees de categorització de les variables a valorar: Situació familiar, Recolzament de la xarxa social, Relacions Socials, Habitatge i Situació econòmica.

Cada domini inclou cinc categories, i estableix un gradient des de la situació social ideal o absència de problemàtica, fins a objectivació de circumstàncies considerades de problemàtica social instaurada. Per cada domini es marcarà només una categoria que es correspongui a l'enunciat que descriu de la forma més acurada possible la situació detectada en l'estudi del cas. Aquesta configuració permet sumar els punts obtinguts per a cada domini, fins obtenir una puntuació total que situï quantitativament en la dificultat social global que pot tenir el cas valorat.

### **6.3 Variables d'estudi:**

#### **6.3.1 Variable principal:**

A) La variable dependent: l'ús del recurs socio-sanitari, hospital de dia terapèutic.

B) La variable independent: els factors socials.

Aquesta variable es mesura a partir de l'existència de factors de risc social (Es distingeixen 10 ítems descrits anteriorment (Escala de Cribatges de Factors de Risc) i dels punts de tall de l'Escala de Valoració Socio-familiar (modificada E-Gijón /TS Osona) segons si la situació social és bona/acceptable (menys de 9) existeix risc social (de 9 a 14 punts) o problema social establert (15 o més punts).

#### **6.3.2 Variables secundàries:**

- Edat. > 75 anys. 38

- Sexe. Es distingeixen dos ítems: home/dona.

- Procedència. Domicili/atenció primària.

- Diagnòstic mèdic principal, causant de l'ingrés al servei d'HDT.

-Barthel. Es distingeixen 5 ítems: 0-20 (dependència total), 20-35 (dependència severa), 35-55 (dependència moderada), > 60 (dependència lleu), 100 (autònom).

#### **6.4 Procediment:**

Inicialment, hi comptant amb el suport del Departament d'Administració de l'hospital, s'extreu (a través del programa informàtic que s'utilitza en el centre, GOWIN) un cens de tots els pacients ingressats a l'Hospital de Dia Terapèutic durant el període establert (febrer de 2014 a febrer de 2015). En aquests cens ja es recullen dades tals com: HC, sexe, edat del pacient, recurs, data d'ingrés, procedència, diagnòstic. Tota aquesta informació es volca en un document excel.

A partir d'aquesta primera extracció, els treballadors socials han realitzat el primer filtratge, aplicant els criteris d'exclusió.

A posteriori, la revisió de la història clínica informatitzada dels subjectes seleccionats com a casos, ha permès recollir informació sobre l'índex de barthel de cadascun d'ells, factors de risc prevalents en cada cas i situació social global.

Val a dir que, l'estudi ha estat aprovat per la Direcció de l'Hospital i s'ha assegurat, en tot moment, la confidencialitat en el tractament de les dades, tal i com es recull en la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal<sup>15</sup>.

De tots els casos seleccionats es compta amb el document d' "Autorització de protecció de dades" signat en el moment de l'ingrés pels propis pacients o pels familiars, en cas que el primer no tingui les capacitats cognitives conservades o la situació clínica no permeti signar-lo (Annex 4).

#### **6. 5 Anàlisi de dades:**

Es realitzarà una anàlisi descriptiu de la variable edat, sexe, diagnòstic, barthel, existència de factors de risc, factors de risc predominant, i punts de tall de l'Escala de Valoració Socio-Familiar (modificada E-Gijón/TS Osona), de cadascun dels subjectes inclosos en l'estudi.

Factors socials associats a l'ús dels recursos socio-sanitaris en pacients geriàtrics:  
un estudi des del Treball Social Sanitari.  
Màster en Treball Social Sanitari. UOC. Elisabet Hernández del Arco

---

Es relacionaran les variables Barthel i existència de factors de risc, per una banda, i recursos socio-sanitaris, situació de vulnerabilitat social i índex de Barthel, per una altra.

El sistema informàtic utilitzat pel buidatge de dades i l'anàlisi d'aquestes ha estat amb el programa excel per a MAC.



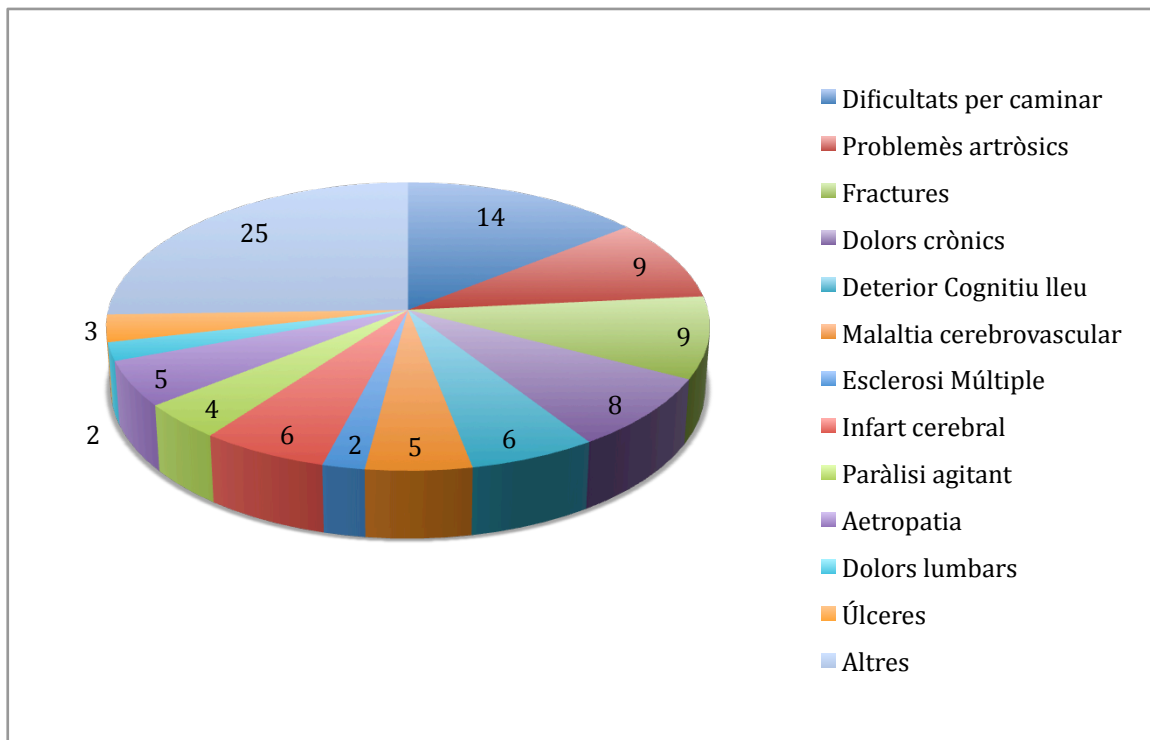
## 7. RESULTATS

Durant el període d'estudi es van detectar 93 casos que complien els criteris d'inclusió.

Les persones estudiades tenien una edat mitjana de 82,66 anys, en un rang de 75 a 91. El 64,52% (n=59) eren dones, i el 35,50% (n= 33) homes.

Les patologies que van originar el seu ingrés al servei d'Hospital de Dia Terapèutic van ser múltiples: dificultats per caminar en 14 persones (15%), problemes artròsics 8 (9,7%), fractures 9 (9,7%), dolors crònics 8 (8,6%) , deteriorament cognitiu lleu 6 (6,4%) , malaltia cerebrovascular 5 (5,3%), esclerosi múltiple 2 (2,1%), infart cerebral 8 (8,6%), paràlisi agitant 4 (4,3%), artropatia 5 (5,3%), dolors lumbar 8 (2,1%), úlceres 3 (3,2%), altres 25 (26,8%) (figura 5).

Figura 5. Gràfic de les patologies que van motivar l'ingrés al servei d'HDT durant el període estudiat.



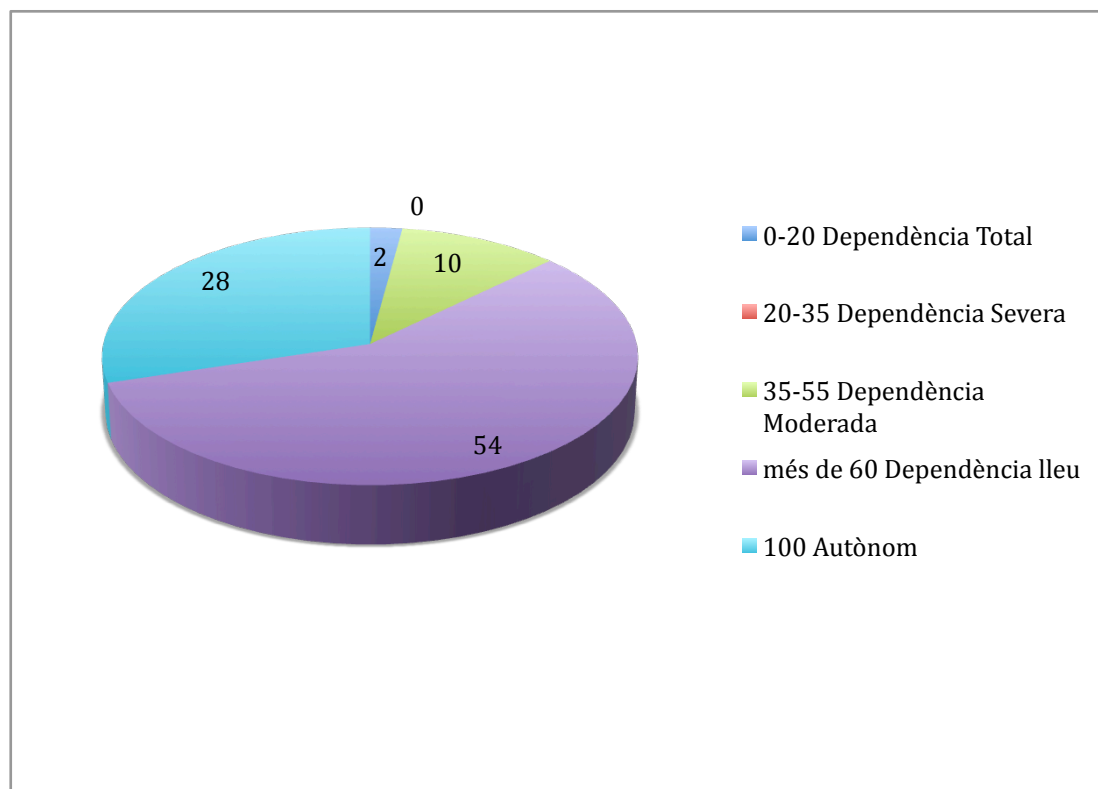
Observem una gran heterogeneïtat de diagnòstics mèdics. Podríem dir que, la majoria d'ells tenen un element comú, el deteriorament funcional que poden generar en les persones que els pateixen.

Sabem que, aquest deteriorament funcional és la forma d'expressió més comuna de múltiples malalties del pacient gran. I en moltes ocasions constitueix un factor pronòstic d'una malaltia no tractada.

Aquesta pèrdua de capacitat funcional es manifesta de manera progressiva i gradual, i pot repercutir en el desenvolupament de les activitats de la vida diària (AVD).

D'aquí, la importància de poder valorar la discapacitat física de les persones estudiades a través de l'Escala de Barthel, una mesura genèrica que valora el nivell d'autonomia del pacient respecte algunes AVD, mitjançant la qual s'assigna diferent puntuació i ponderació segons la capacitat del subjecte per dur a terme les activitats (menjar, traslladar-se, higiene personal, ús del WC, banyar-se, desplaçar-se, vestir-se i desvestir-se, control d'esfínters, continència urinària) (23).

Figura 6. Gràfic del Barthel a l'ingrés.

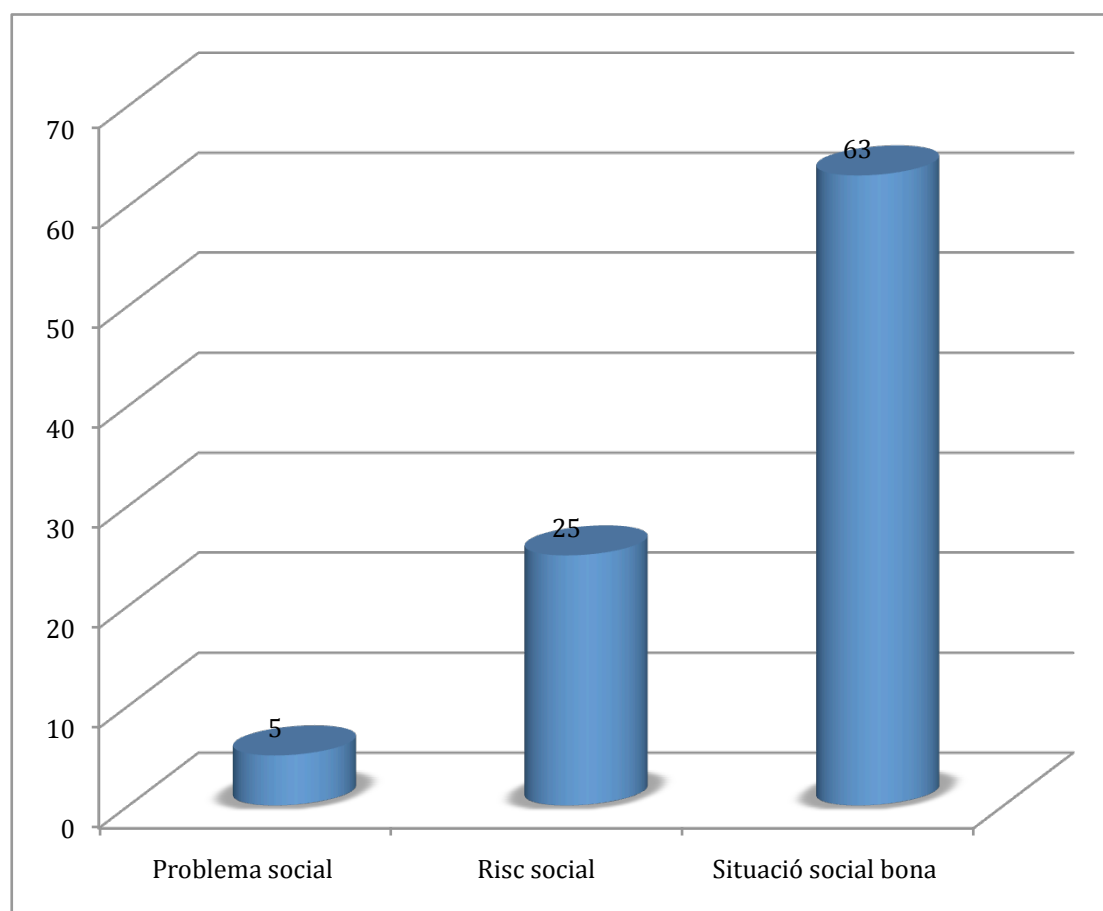


L'anàlisi realitzat mostra el següent resultat: 10 persones presenten una dependència total, 10 una dependència moderada, 54 una dependència lleu, 28 són autònoms i cap d'ells presenta una dependència severa.

Podríem dir doncs que, el 87,7% de pacients atesos mantenen la capacitat funcional conservada.

Respecte a la situació social dels mateixos, l'Escala de Valoració SocioFamiliar (modificada E-Gijón/TS Osona) ha permès detectar que la majoria de pacients, 63 (67,8%) tenen una situació social bona. Només 5 (5,3%) presenten un problema social instaurat, i 25 (25,30%) tenen una situació de risc social.

Figura 7. Gràfic de freqüència de la situació social global.

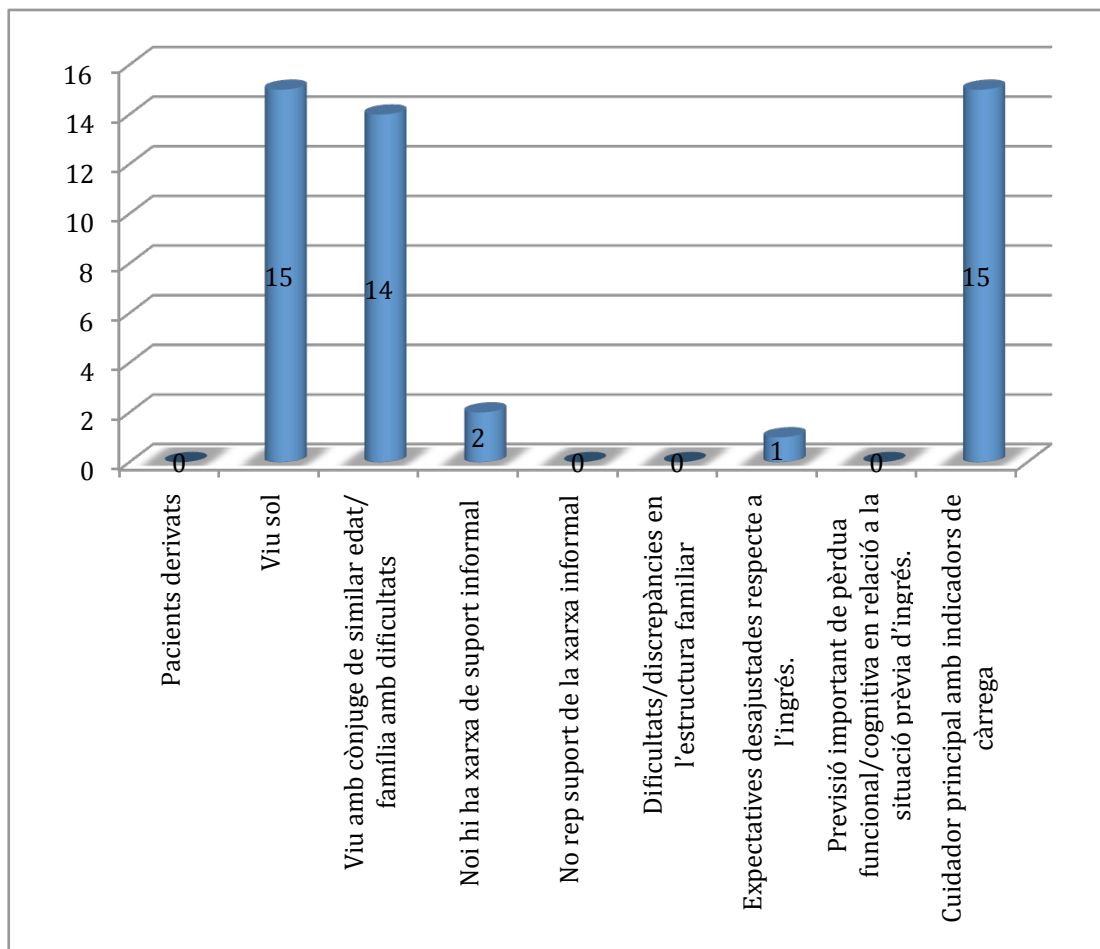




Val a dir que, en 43 dels casos estudiats ( 46,23%), ja es van detectar factors de risc en el moment de l'ingrés: 29 dels casos estudiats presentaven 1 factors de risc ( 31,18%), 9 presentaven 2 factors de risc (9,6%), 4 en presentaven 3 (4,3%) i 1 persona presentava 4 factors de risc (1%). En 50 (53, 7%) no es va detectar quelcom significatiu.

La prevalença d'un o altre factor és variada, destacant aquelles persones que viuen soles, 15 (34,8%); les que viuen amb cònjuge de similar edat o família amb dificultats, 14 (32,55%); i les que el cuidador principal presenta indicadors de sobrecàrrega, 15 (24,8%).

Figura 8. Gràfic de freqüència sobre els factors de risc prevalents, detectats a l'ingrés.



La taula 2 ens permet veure la relació entre factors de risc i situació social.

Destaca que, en 4 (80%) dels 5 casos que presentaven un problema social, definit com (24) “una situació consolidada, difícilment modificable de l'individu o l'entorn que trenca la interacció entre ambdós, impeding que aquest satisfaci les seves necessitats bàsiques”, i en 21 (91,3%) dels 23 casos que presentaven una situació de risc social, entesa com (24) “la presència de determinades característiques que dificulten la relació de l'individu amb el seu entorn i produeixen un increment en la susceptibilitat de contraure malaltia psíquica i orgànica o l'aparició d'un problema social”, ja s'havien detectat prèviament indicadors de vulnerabilitat social.

Taula 2. Relació entre situació social global i factors de risc.

<b>Situació social determinada per l'Escala Socio-Familiar (Modificada E-Gijón/TS Osona)</b>	<b>Nº de casos amb factors de risc</b>
63 pacients presentaven una <b>situació social bona</b>	18 casos
25 pacients presentaven una <b>situació de risc social</b>	21 casos
5 pacients presentaven un <b>problema social</b>	4 casos

Dels casos estudiats (n=93) , 58 (62,3 %) havien ingressat en altre ocasió al servei d'HDT i 40 (43%) havien utilitzat, alguna vegada, altre recurs socio-sanitari.

No s'observa , però, relació significativa entre l'ús del servei d'HDT o altre recurs socio-sanitari i la situació de vulnerabilitat social.

Dels 58 pacients que havien ingressat en altre ocasió a l'HDT, 18 (31%) presentaven una situació de vulnerabilitat social i dels 40 que ja havien utilitzat altre recurs socio-sanitari, 14 (35%) es trobaven en la mateixa situació de fragilitat.

Veiem que, independentment, de la situació de dependència/autonomia que mantingui la persona, l'ús del recurs socio-sanitari és elevat: dels 11 pacients que presentaven un índex inferior a 60, 7 (63,6%) havien utilitzat en altre ocasió el servei d'HDT, i 5 (45,4%) havien ingressat en altre servei /unitat funcional. Tanmateix, dels 82 pacients amb dependència lleu o autònoms que restaven ingressats al servei d'HDT durant el període estudiat, 51 (62%) ja ho havien estat altres vegades, i 62 (66,6%) havien utilitzat altre recurs de la xarxa.

Taula 3. Relació entre ús dels recursos socio-sanitaris, la situació de vulnerabilitat social i l'índex de Barthel.

	<b>Situació de vulnerabilitat social</b>	<b>Índex de Barthel &lt; 60 (Total: 11)</b>	<b>Índex de Barthel &gt; 60 (Total: 82)</b>
<b>Ús del servei d'HDT en altre ocasió</b>	18 p.	7p.	51p.
<b>Ús d'altre servei en altre ocasió</b>	14p.	5p.	62p.

Destacar que del 28,39% de pacients amb un Barthel superior a 60 i situació de problemàtica social o risc social, un 65,2% havia ingressat el mateix any i/o en anys anteriors a l'Hospital de Dia Terapèutic. I un 52,1% ho havia fet també en altre servei/unitat funcional



## 8. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

L'estudi pretén respondre a una pregunta que des de feia temps, el Servei de Treball Social de l'Hospital de Sant Andreu s'estava fent: *Podem associar l'ús o freqüentació dels recursos socio-sanitaris a una situació de fragilitat o risc social?*

Teníem la percepció que un alt percentatge dels pacients que estaven utilitzant el servei d'Hospital de Dia Terapèutic ho feien, no tan sols amb un objectiu de millora clínica (ja fos a nivell funcional, per control del dolor, per cures, etc.) sinó que acabava resultant ser un espai on poder cobrir aquelles mancances que tenien en el seu entorn més pròxim (ja fos per manca de suport familiar, manca de suport social, dificultat per desenvolupar alguna tasca, per necessitat de socialització, etc.).

Per tal de poder respondre a aquesta pregunta s'ha treballat amb diferents variables:

- Variable principal:

A) La variable dependent: l'ús del recurs socio-sanitari, hospital de dia terapèutic.

B) La variable independent: els factors socials.

Aquesta variable es mesura a partir de l'existència de factors de risc social (Es distingeixen 10 ítems descrits en la pàgina 3 (Escala de Cribatges de Factors de Risc) i dels punts de tall de l'Escala de Valoració Socio-familiar (modificada E-Gijón /TS Osona) segons si la situació social és bona/acceptable (menys de 9) existeix risc social ( de 9 a 14 punts) o problema social establert (15 o més punts).

- Variables secundàries:

- Edat. > 75 anys.

- Sexe. Es distingeixen dos ítems: home/dona.

- Procedència. Domicili/atenció primària.

- Diagnòstic mèdic principal, causant de l'ingrés al servei d'HDT.

- Barthel. Es distingeixen 5 ítems: 0-20 (dependència total), 20-35 (dependència severa), 35-55 (dependència moderada), > 60 (dependència lleu), 100 (autònom).

Dels resultats obtinguts a partir de l'anàlisi de cadascuna d'elles se'n desprèn que:

1.- Les variables sociodemogràfiques analitzades, edat i sexe, no ens aporten quelcom massa significatiu.

Únicament fan palesa una realitat que s'evidencia en diferents documents, i és el predomini de dones entre les persones de major franja d'edat i per tan, les "majors consumidores" de recursos socio-sanitaris.

Passarà dels 79,8 anys per als homes i 85,4 per a les dones el 2012 als 85,3 anys i 90,2 anys, respectivament, el 2051 (14).

La dependència també és desigual segons sexe, trobem que en el grup de persones grans, el 33,2% dels homes i el 43,6% de dones de més de 65 anys presenten alguna discapacitat (1).

2.- Els 93 subjectes seleccionats com a mostra, mantenen, en termes generals, una bona capacitat funcional. Un 87,7% dels pacients atesos mantenen la capacitat funcional conservada i, únicament un 10,7% presenta una dependència moderada.

Aquesta dada contrasta amb el que els tècnics apunten en el darrer document editat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (9), i és que segons ens diuen hi ha una opinió molt estesa en referència al fet que les persones que s'atenen als HD presenten un grau de discapacitat crònica greu. Cal dir, però, tal i com s'exposa en el document que, a dia d'avui, no hi ha informació detallada sobre les característiques funcionals dels pacients ingressats als HD, pel que es fa difícil poder contrastar aquesta informació i els resultats obtinguts.

3.- Aquesta discapacitat crònica greu de la que es parla en el document abans referenciat, tampoc no s'ajusta al que s'evidencia a partir de l'anàlisi fet dels diagnòstics mèdics que motiven l'ingrés al nostre centre: *difficultats per caminar en 14 persones (15%), problemes artròsics 8 (9,7%), fractures 9 (9,7%), dolors crònics 8 (8,6%) , deteriorament cognitiu lleu 6 (6,4%) , malaltia cerebrovascular 5 (5,3%), esclerosi múltiple 2 (2,1%), infart cerebral 8 (8,6%), paràlisi agitant 4 (4,3%), artropatia 5 (5,3%), dolors lumbars 8 (2,1%), úlceres 3 (3,2%), altres 25 (26,8%)*.

La majoria, no semblen ser causants d'una discapacitat greu, i així ho reflecteixen els resultats obtinguts en l'EB.

Possiblement si hi ha quelcom que els està limitant, podent presentar alguna dificultat per desenvolupar de forma autònoma les activitats de la vida diària (bàsiques o instrumentals) però en cap cas això els està comportant una dependència greu i/o invalidant.

D'altra banda, val la pena comentar que s'ha trobat poca informació en quan a la categorització de diagnòstics principals a l'ingrés al servei d'HDT. Pel que no s'ha pogut fer una comparativa.

En el document editat per la Generalitat, Propostes per a l'Hospital de Dia (13), únicament es posa de relleu que els diagnòstics més freqüents entre les persones ateses als HD- SS, en el que s'inclou l'HDT, és la demència i altres trastorns cognitius (35,63%), seguit de l'esclerosi múltiple (9,42%) i altres trastorns del sistema nerviós (8,765%).

4.- Utilitzar els punts de tall de l'Escala de Gijón, ens ha estat útil per detectar la situació social global dels 93 casos estudiats.

D'aquests, tan sols un 25,30 % presenta una situació catalogada com de risc "presència de determinades característiques que dificulten la relació de l'individu amb el seu individu i produeixen un increment en la susceptibilitat de contraure malaltia psíquica i orgànica o l'aparició d'un problema socials", i un 5,3% una situació catalogada com a problema social "situació consolidada, difícilment modificable de l'individu o l'entorn que trenca la interacció entre ambdós, impedit que aquest satisfaci les seves necessitats bàsiques"(24).

Destaca que, en 4 (80%) dels 5 casos que presentaven un problema social, i en 21 (91,3%) dels 23 casos que presentaven una situació de risc social, ja s'havien detectat prèviament indicadors de vulnerabilitat. En 18 (28,5%) dels 63 casos que presentaven una situació social bona també s'havien detectat factors de risc, però finalment no va concloure en quelcom rellevant.

El viure sol, la convivència amb cònjuge de similar edat o amb família amb dificultats i el cuidador amb indicadors de sobrecàrrega, han estat factors prevalents.

Hagués resultat interessant poder analitzar quines característiques comunes mantien els casos catalogats com a risc o problema social i veure en quines àrees la puntuació de l'escala era més alta. L'anàlisi realitzat, però, no ha estat suficientment exhaustiu.

5.- Destaca el número de subjectes que havien utilitzat el recurs socio-sanitari en altra ocasió, un 62,3% ja havien ingressat altra vegada a l'HDT i un 43% havia ingressat en altre servei/recurs socio-sanitari.

6.- No resulta significativa la relació entre els subjectes que ja havien utilitzat els recursos socio-sanitaris en algun moment i la situació de vulnerabilitat social. La prevalença és baixa, no superant el 40%.

7.- Tampoc hi ha relació aparent entre estat funcional i ús dels recursos socio-sanitaris. La prevalença és igual d'alta en els casos amb un IB <60 que amb un IB > 60, superant el 60%.

8.- Destaca l'alt percentatge de casos amb IB > 60, situació de problemàtica social o risc social i ús d'altre recurs socio-sanitari. Del 28,39% de pacients amb un barthel superior a 60 i situació de problemàtica social o risc social, un 65,2% havia ingressat el mateix any i/o en anys anteriors a l'Hospital de Dia Terapèutic. I un 52,1% ho havia fet també en altre servei/unitat funcional.

Indagar respecte els trets que caracteritzen aquesta situació de problemàtica social, ens permetria constatar si els dèficits en l'estructura de suport, afegida a una situació de dependència elevada, fa incrementar la necessitat d'ús del recurs socio-sanitari.

Les autores Guinovart C, Rovira E i Rufí A, (20) creuen que la variable dependència complementa, d'alguna manera, la valoració de la problemàtica social en el grup de població anciana. Característiques com "convivència amb familiars que tenen dificultats per fer-se càrrec del malalt, requerir ajut i que aquest sigui insuficient, així com tenir contactes socials molt reduïts" els fa pensar que la dependència física o mental en el col·lectiu de població anciana és una variable que existeix.

9.- En la revisió de la literatura existent no s'han trobat estudis orientats a explorar la relació entre factors socials i ús dels recursos d'hospital de dia terapèutic.

Si s'han trobat altres documents que relacionen conceptes tals com els factors socials i la hiperfreqüentació en centres d'atenció primària de salut, concloent que la manca de suport social i el patiment que això pot comportar en el pacient pot fer augmentar el nombre de vegades que una persona acut a la consulta (7).



O que relacionen el nombre d'ingressos a les unitats de geriatría amb la manca d'atencions. Isacc, B (8) a través d'un estudi, va posar de manifest que 2/3 de les admissions a la unitat de geriatría o eren per insuficiència d'atencions al domicili.

**Concloem que** els resultats de la nostra recerca no ens han permès confirmar la hipòtesi plantejada: *L'ús del servei d' Hospital de Dia Terapèutic, en pacients geriàtrics, s'associa no tan sols a condicions pròpies dels pacients i a problemes relacionats amb el seu estat de salut. Els dèficits en la funció social també en resulten factors influents.*

No s'ha trobat relació aparent entre ús del servei d'HDT i dèficit en la funció social, exceptuant en un percentatge molt baix, corresponent a el 28,39% de pacients amb un barthel superior a 60 i situació de problemàtica social o risc social, un 65,2% havia ingressat el mateix any i/o en anys anteriors a l'Hospital de Dia Terapèutic. I un 52,1% ho havia fet també en altre servei/unitat funcional.

En aquest sentit, podem dir, que les **limitacions de l'estudi** han estat varies:

1. Utilitzar els punts de tall de l'Escala de Gijón, ens ha estat útil per detectar la situació social global dels 93 casos estudiats. Però no ens ha permès poder operativitzar la descripció del context sociofamiliar, ni el perfil social dels pacients que atenem. Tampoc detectar els dèficits en la funció social de cadascun d'ells.
2. El període estudiat. Conscients, que la situació del nostre Hospital de Dia Terapèutic, està canviant, sabíem que la hipòtesi podia no confirmar-se, i per tant que la relació entre ambdós elements no és donés com a tal. D'uns anys cap aquí la realitat del servei ha canviat. D'una banda, el perfil de pacient que hi acut, a primer cop d'ull, sembla que és el d'una persona que presenta una millor capacitat funcional i de l'altre l'ús "ambulatori" que aquest col·lectiu fa del servei.
3. L'anàlisi poc profund de les limitacions funcionals que presentaven els subjectes estudiats.

Quedar-nos amb els punts de tall de l'Escala de Barthel ha suposat obtenir una informació parcial de la situació real. Hagués resultat interessant identificar per a quines ABVD i AIVD concretes, la patologia que pateixen els està comportant una limitació. Pot donar-se el cas, per exemple, que la dependència sigui lleu, però que l'activitat que no poden dur a terme els comporti una limitació en la seva relació amb l'entorn.

4. Expectatives dels pacients.

Variable qualitativa, que suposaria entrar en una anàlisi més profund de la situació de cadascun d'ells i conèixer què esperen del servei.

5. L'idioma. La recerca en anglès no ha estat fàcil.

6. La no possibilitat de realitzar contrastos estadístics. El desconeixement i la manca de temps no m'han permès aprofundir en aquest aspecte. Això ha suposat no poder identificar certes associacions, ni fer anàlisi vibrats.



## 9. NOVES LÍNIES DE RECERCA QUE S'OBREN AMB ELS RESULTATS.

- Respecte a l'estudi plantejat inicialment, realitzaria una nova recerca aprofundint en aspectes tals com:
  - L'estat funcional dels pacients. Ja que quedar-nos amb els punts de tall de l'Escala de Barthel ha suposat obtenir una informació parcial de la situació real. Hagués resultat interessant identificar per a quines ABVD i AIVD concretes, la patologia que pateixen els està comportant una limitació. Pot donar-se el cas, per exemple, que la dependència sigui lleu, però que l'activitat que no poden dur a terme els comporti una limitació en la seva relació amb l'entorn.
  - Les diferents àrees de l'Escala de Gijón. Utilitzar els punts de tall de l'Escala de Gijón, ens ha estat útil per detectar la situació social global dels 93 casos estudiats. Però no ens ha permès poder operativitzar la descripció del context sociofamiliar, ni el perfil social dels pacients que atenem. Tampoc detectar els dèficits en la funció social de cadascun d'ells.
- Estudi que permeti comparar l'Hospital de Dia Terapèutic i l'Hospital de Dia Psicogeriàtric. Sabem que el desgast i l'estrés que pateixen els cuidadors de persones que pateixen una determinada patologia, com pugui ser la demència, a mesura que aquesta evoluciona, implica que les demandes d'atenció als serveis d'assistència primària i d'ingrés dels seus familiars augmentin.  
Resultaria interessant doncs comparar característiques dels pacients d'ambdós serveis.
- Estudi qualitatiu que permeti conèixer necessitats i expectatives de pacients i familiars en relació a l'ús dels recursos de la xarxa socio-sanitària.
- Estudi que permeti valorar l'evolució de l'Hospital de Dia Terapèutic al nostre centre: cap a on anem?



## 10. BIBLIOGRAFIA.

1. Generalitat de Catalunya. Pla Director Socio-sanitari de Catalunya 2012-2014. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut; 2012.
2. Pla de Salut Comunitària i Promoció de la Salut de Barcelona, Agència de salut Pública; 2012: 5-6.
3. Borrell C. Els determinants socials de la salut (monografia en internet). Barcelona: 2014 (28 d'abril de 2016). Disponible a: [https://www.upf.edu/gredsemconet/pdf/ELS\\_DETERMINANTS\\_SOCIALS\\_DE\\_LA\\_SALUT.pdf](https://www.upf.edu/gredsemconet/pdf/ELS_DETERMINANTS_SOCIALS_DE_LA_SALUT.pdf)
4. Beland, F., & Zunzunegui, M. V. La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal. Revista De Gerontología; 1995: 5, 259-273.
5. Lemos S, Fernandez JR. Redes de Soporte Social y Salud. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo; 1990.
6. Alfama E, Cruells M, Ezquerro S. Las personas mayores ante la crisis económica. 2014.
7. Calvo, V et al. Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio des del trabajo social sanitario. Trabajo Social Global; 2011.
8. Isaac, B. Geriatric patients: Do their families care? British Medical Journal, 4; 1971.
9. Fernandez JR, Fernandez J, Fernandez M. Factores que influyen en la tolerancia familiar hacia los pacientes ancianos demenciados. Psicotherma, vol.2; 1990.

10. Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de mediación. Madrid: Fundación Caja de Madrid; 1993.
11. Sociedad Espanyola de Geriatria y Gerontología. Madrid (accés 3 d'abril de 2015). Disponible a: <https://www.segg.es>
12. Memòria 2014. Fundació Socio-sanitària de Manresa.
13. Propostes per a l'Hospital de Dia Terapèutic.. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut; 2014
14. Institut d'Estadística de Catalunya. Projeccions de la població a Catalunya 2013-2051. Generalitat de Catalunya. 2015 : núm 18.
15. Martinez L. Valoración Geriátrica Integral. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. 2005. Disponible a: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/elapaz/mmmartin/2\\_asignatura/temas/unidad3/11/tema11.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad3/11/tema11.pdf)
16. Puig M. Les influències dels factors socials en l'ús de serveis formals.. Universitat de Vic. Escola Universitària de Ciències de la Salut. 2011
17. Casado D. Aproximación a la dependencia funcional. Documentación Social. Caritas. Disponible a: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/525/02%20APROXIMACION%20A%20LA%20DEPENDENCIA.pdf>
18. Organització Mundial de la Salut. Disponible a: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)
19. Trigas- Ferrín M, Ferreira- Gonzalez L, Mejide-Miguez H. Escalas de Valoración funcional en el anciano. Galivia Clin 2011.

20. Guinovart C, Rovira E, Ruffí A. Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians. Col·legi de Treball Social de Catalunya, 2011: pp 34-38.
21. El Treball Social Sanitari en l'Atenció al Pacient Crònic. Direcció Adjunta d'Afers Assistencials. Àrea de Treball Social. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2013. (21)
22. Memòria 2015. Fundació Sociosanitària de Manresa.
23. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 13: 61-65.
24. Cabrera, D; Méndez, A; Sánchez, A; Acobal, V; Garcia, J.V; Diaz, M. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una Escala de valoración social en el anciano. Atención Primaria, 23, 434-440.





## **ANNEXOS**

**Annex 1. Escales de Valoracio Sociofamiliar.**

**Annex 2. Ingressos a l'Hospital de Dia Terapèutic durant el període comprès entre febrer de 2014 i febrer de 2015.**

**Annex 3. Graella buidatge de dades.**

**Annex 4. Document de protecció de dades de l'Hospital de Sant Andreu.**

## Annex 1.

### Escales de Valoració Sociofamiliar.

Escala Gijón (Días Palacios)		Escala Gijón modificada (Alarcon Montalvo)		Escala EVSF (Sabartés Miralles)	
<b>1. Situación familiar</b>		<b>1. Situació familiar</b>		<b>1. Situación familiar</b>	
1	Vive con familiar, sin conflicto familiar	0	Viu amb fills	1	Vive con familiar, sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presenta algun tipo de dependencia física / psíquica	1	Viu amb la parella d'edat semblant	2	Vive con familia, presenta algun tipo de dependencia física
3	Vive con cónyuge de similar edad	2	Viu amb altres familiars i amics	3	Vive con cónyuge de similar edad
4	Vive solo, tiene hijos próximos	3	Viu sol però té fills pròxims	4	Vive solo, tiene hijos próximos
5	Vive solo, carece de hijos o viven alejados	4	Viu sol, sense fills o viuen lluny	5	Vive solo, carece de hijos o viven alejados
<b>2. Apoyos que recibe de la red social</b>		<b>2. Recolzament a la xarxa social</b>		<b>2. Apoyos que recibe de la red social</b>	
1	No necesita apoyo	0	No necesita cap recolzament	1	No necesita ningún apoyo
2	Con apoyo familiar o vecinal	1	Rep recolzament de la família i/o veïns	2	Recibe apoyo de los vecinos
3	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2	Rep ajuda a domicili formal o voluntària	3	Recibe apoyo de voluntarios o ayuda domiciliaria
4	Pendiente de ingreso en Residencia geriátrica	3	Pendent d'ingressar a Residència d'avis	4	Pendiente de ingreso en residencia geriátrica
5	Necesita cuidados permanentes (Residencia, Cruz Roja, Centro Día)	4	Necesita cuidados permanentes que no li son donats	5	Está ingresado en una residencia o hospital de día
<b>3. Vivienda</b>		<b>3. Habitatge</b>		<b>3. Vivienda</b>	
1	Adecuada necesidades	0	Adecuada (luz, agua calefacción, bany teléfono, ascensor)	1	Adecuada a necesidades
2	Barreras arquitectónicas dentro de la vivienda (baños, puertas estrechas)	1	Equipament inadequat (falta una cosa del llistat anterior)	2	Barreras arquitectónicas dentro de la vivienda (baños, puertas)
3	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia agua caliente, calefacción...)	2	Barreras arquitectónicas	3	Equipamiento inadecuado dentro de la vivienda (humedades, mala higiene, baño incompleto...)
4	Ausencia de ascensor, teléfono	3	Habitatge inadequat (falta ≥ 2 coses del llistat anterior)	4	Ausencia de ascensor y/o teléfono
5	Vivienda inadecuada (chabola, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	4	No te casa (absència d'habitatge)	5	Vivienda inadecuada ( chabola, barraca, ruinas, ausencia de vivienda)
<b>4. Situación económica</b>		<b>4. Situació econòmica</b>		<b>4. Situación económica (pensión / ingresos)</b>	
1	Dos veces el salario mínimo	0	Més de 715€ (119.000 Pts)	1	Más de 60.000 ptas
2	1,5 veces el salario mínimo	1	Entre 480€ i 715€ (80.000 i 119.000 Pts)	2	Entre 50-60.000 ptas
3	Pensión mínima contributiva (40.000 ptas)	2	Entre 240€ i 480€ (40.000 i 80.000 Pts)	3	Entre 40-50.000 ptas
4	LISMI (24.000 ptas), FAS (24.000 ptas), No contributiva (30.000 Ptas)	3	Menys de 240€ (Menys de 40.000 Pts)	4	Entre 30-40.000 ptas
5	Sin pensión ni otros ingresos	4	No rep cap pensió ni altres ingressos	5	Sin pensión ni otros ingresos
<b>5. Relaciones y contactos sociales</b>		<b>5. Relacions i contactes socials</b>		<b>5. Relaciones y contactos sociales</b>	
1	Relaciones sociales	0	Manté relacions socials fora del domicili	1	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
2	Relación social sólo con la familia y vecinos	1	Només es relaciona amb la família i els veïns, surt de casa	2	Solo se relaciona con la familia y vecinos, sale de casa
3	Relación social sólo con la familia	2	Només es relaciona amb la família, surt de casa	3	Solo se relaciona con la familia, sale de casa
4	No sale del domicilio, recibe familia	3	No surt del seu domicili, rep família o visites (> 1 setmana)	4	No sale del domicilio, recibe familia o visitas
5	No sale y no recibe visitas	4	No surt del domicili, ni rep visites (0 < 1 / setmana)	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
<b>Puntuación total:</b>		<b>Puntuación total:</b>		<b>Puntuación total:</b>	

Puntuación de 5 a 9 = Buena / aceptable situación social  
 Puntuación de 10 a 14 = Existe riesgo social  
 Puntuación > 15 = Existe riesgo de problema social

≤ 8 = Bu / Aceptable  
 9 - 16 = Riesgo social  
 ≥ 17 = Problema social









## Annex 4.

### Autorització protecció de dades.



#### Autorització protecció de dades.

La Fundació Sociosanitària de Manresa m'ha informat que d'acord amb el que disposen els articles 4, 5, i 6 de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal, disposa d'un fitxer amb dades de caràcter personal denominat Història Clínica.

Que la finalitat de la seva creació és el tractament sociosanitari als usuaris del seus serveis, en la seva totalitat o alguna part.

Que els destinataris de la informació són tots els departaments en els quals s'organitza la Fundació Sociosanitària de Manresa, així com els estaments oficials públics o privats que, per obligació legal o necessitat material, hagin d'accedir a les dades als efectes de la correcta prestació de l'assistència sociosanitària, que constitueix la finalitat del tractament d'aquestes dades.

Que puc exercir els meus drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació en l'àmbit reconegut per la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre.

Que per exercir els drets esmentats, i per qualsevol aclariment, ho puc fer per escrit mitjançant instància dirigida al director general de la Fundació Sociosanitària de Manresa, amb domicili a la Plaça Hospital, s/n de Manresa (CP-08241).

Que la Fundació Sociosanitària de Manresa està adscrita al "Conveni de col·laboració entre les entitats proveïdores del CatSalut de la zona del Bages-Solsonès" per l'accés a la informació continguda en els fitxers dels altres centres i la implantació de la Història Clínica Compartida de Catalunya (HCCC), amb l'objectiu de millorar la prestació sanitària dels usuaris del sistema sanitari públic. És per això que, si l'usuari no indica el contrari de forma expressa, les dades contingudes al fitxer de la Fundació, seran tractades de forma conjunta amb els centres sanitaris públics adscrits al conveni. La negativa a aquest consentiment dificulta el tractament conjunt de les dades sanitàries i implicarà que l'usuari hagi de traslladar la seva història clínica d'un centre a l'altre.

Així mateix i pel present, consentibo expressament i autorizo a la Fundació Sociosanitària de Manresa per què cedeixi les dades que siguin estrictament necessàries per què l'entitat amb la qual tinc concertada la prestació dels serveis sociosanitaris que sol·licito, pugui procedir al pagament de l'ur cost, acceptant que, en el cas de revocar el present consentiment, això significarà que em correspondrà a mi personalment fer-me càrrec del seu pagament.

Nom i cognom de l'usuari: ..... HC.....

Nom i cognoms persona signant: .....

DNI, signant: .....

Relació amb l'usuari: .....

Lloc i data: .....

Signatura:

RE-HS-12/B



